บทความพิเศษ

โรคปอดจากปรสิต

สมพนธ์ บุณยคุปต์ พ.บ., M.P.H. & T.M.
(คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี)
(คณบดี : นายแพทย์อารี วัลยเสวี)

โรคติดเชื้อปรสิตมีความสำคัญมากในคนไทย ดังเห็นได้จากอัตราการติดโรคปรสิตลำไส้สูงถึง ๖๓ เปอร์เซ็นต, จึงย่อมคาดคะเนได้ว่าโรคปอดจากปรสิตจะต้องพบได้บ่อย, เพราะปรสิตลำไส้หลายชนิดต้องอาศัยปอดเป็นทางผ่านก่อนจะเจริญเติบโตเป็นปรสิตตัวแก่, บางชนิดต้องเจริญเติบโตในปอดและบางชนิดก็ใช้ผ่านปอดโดยยังเจริญ. จะเป็นกรณีใดก็ตามปรสิตนั้น ๆ จะต้องก่อพยาธิสภาพให้แก่ปอดไม่มากก็น้อย, สุดแต่ชนิด, ขนาด, จำนวน, และสุดแต่กลไกการก่อพยาธิสภาพของปรสิตนั้น ๆ. แต่ที่ไม่ค่อยพบกันน่าจะเป็นเพราะว่าอาการของโรคไม่รุนแรงจึงอาจผ่านไปโดยไม่ได้สังเกตไม่ได้สนใจหรือวินิจฉัยพลาดไป. คงจะมีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการชัดเจนหรือเป็นอยู่นาน ๆ จึงทำให้สงสัยโรคปรสิต, ยิ่งกว่านั้นส่วนใหญ่ยังไม่อาจระบุได้ว่าปรสิตชนิดใดก่อโรค. ปรสิตชนิดต่าง ๆ กันสามารถก่ออาการโรคในลักษณะเช่นเดียวกัน, เช่น ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย อาจเกิดจากฟีลาเรีย, จากพยาธิไส้เดือนหรือจาก ท็อกโซคารา ได้. และในทางตรงข้ามปรสิตตัวหนึ่งอาจก่อโรคที่มีอาการต่างกัน, เช่น พยาธิไส้เดือนทำให้เกิดกลุ่มอาการ เลอฟฟ์เลอร์ ก็ได้ หรือ ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย ก็ได้, จึงทำให้เกิดปัญหาทางคลินิคอย่างมาก.

ปรสิตที่มีรายงานว่าก่อโรคทางปอดได้มีหลายชนิด, ซึ่งอาจจำแนกได้ดังนี้:

๑. โปรโตซัว ได้แก่ เอนตะมีบา ฮิสโตลิติคา, เชื้อไข้จับสั่น, ปีนิวโมศีย์สคิส คารินิไอ, และ ทริโฆโนนาส.

๒. ปรสิตตัวกลม ได้แก่ พยาธิไส้เดือน, ท็อกโซคารา, สตรองจิลอยุด, พยาธิปากขอ, ตัวจี๊ด, ไตโรพิลาเรีย, พิลาเรีย, ทริชิเนลลา, และ แคปิลลาเรีย เฮปาติคา.

๓. ปรสิตตัวแบน เกิดจากตัวอ่อนเท่านั้น, ได้แก่ คิย์สติเคอร์คัส, และ เอชิโนคอคคัส.

๔. ปรสิตใบไม้ ได้แก่ พาราโกนิมัส เวสเตอร์มาไน, โอพิสธอร์ชิส, และ ส์ชิสโตโสม.

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการที่เกิดจากปรสิตของปอดอีก, เช่น กลุ่มอาการ เลอฟฟ์เลอร์, วิสเศอรัล ลาร์วา ไมแกร์นส, ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย และ ซัยเปอร์อีโอสิโนฟีลิค.

การเกิดพยาธิสภาพ

ปรสิต อาจก่อ ให้เกิด พยาธิสภาพแก่ปอดได้หลายวิธี.

๑. เกิดจากปรสิตตัวอ่อนตัวเดียวหรือหลายตัวผ่านเข้าสู่ปอดเพื่อเดินทางไปสู่ที่ ที่จะเจริญเป็นพยาธิตัวแก่ในคน, เช่น พยาธิไส้เดือน, พยาธิปากขอ และ สตรองจิลอยุด เข้าสู่ปอดทางกระแสเลือดดำผ่านหัวใจแล้วไชออกจากหลอดเลือดเข้าสู่ถุงลมหรือท่อหลอดลมเล็ก ๆ แล้วเดินทางย้อนเข้าสู่หลอดลมใหญ่ผ่านลงไปสู่ทางเดินอาหาร. ปรสิตพวกนี้เป็นปรสิตของคนจึงไม่ค่อยก่อพยาธิสภาพที่รุนแรงใด ๆ นอกเสียจากว่าปรสิตที่ผ่านปอดในครั้งหนึ่ง ๆ มีจำนวนมาก. พยาธิไส้เดือนเป็นตัวสำคัญเพราะขนาดโตกว่าชนิดอื่นและมีการเจริญเติบโตเปลี่ยนระยะของ ลาร์วา ในปอดด้วย.พยาธิสภาพเป็นแบบเกิดภยันตรายต่อทิสชิว ที่ผ่านไปและปฏิกิริยา อิมมูน.

บางครั้งปรสิตที่ไม่ใช่ของคน, เช่น พยาธิตัวจี๊ด, ท็อกโซคารา, ไชผ่านปอดโดยไม่มีกฎเกณฑ์, ทำให้มีพยาธิสภาพได้คล้ายคลึงกันแต่จะรุนแรงกว่าพยาธิของคน.

๒. เกิดจากปรสิตตัวแก่อาศัยปอดเป็นที่เจริญเติบโตเป็นที่อยู่ถาวร, ได้แก่พยาธิใบไม้ของปอด (พาราโกนิมัส เวสเตอร์มาไน) ซึ่งอยู่ในเนื้อปอด, โดยมีทางติดต่อกับถุงลมหรือท่อหลอดลมเล็ก ๆ เพื่อปล่อยไข่ในการสืบพันธุ์ต่อไป. พยาธิสภาพมักไม่รุนแรง, เกิดจากมีการระคายของถุงลมและหลอดลมและอาจมีการติดเชื้อร่วมด้วยได้.

๓. เกิดจากปรสิตตัวอ่อนของพยาธิตัวแบน, เช่น เอชิโนคอคคัส สร้างถุงหุ้ม

รอบตัวและมีขนาดโตขึ้นเบียดดันเนื้อปอดออกไปเรื่อย ๆ, ทำให้มีพยาธิสภาพแยกก้อนเนื้องอก.

๔. เกิดจากปรสิตตัวแก่, เช่น ไดโรฟิลาเรีย, หรือตัวอ่อน, เช่น ไมโครฟิลาเรีย, หรือแม้แต่ไข่พยาธิ, เช่น ส์ชิสโตโสม, เข้าสู่หลอดเลือดของปอดทำให้เกิดพยาธิสภาพได้หลายแบบ, เช่นเกิด อินฟาร์คท ของปอดใน ไดโรฟิลาเรีย, เกิดหลอดเลือดแดงอักเสบใน ส์ชิสโตโสม, หรือการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเล็ก ๆ ทั่วปอดใน ไมโครฟิลาเรีย.

๕. เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพของอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ข้างเคียงปอดลุกลามเข้าสู่ปอด, ได้แก่ฝี อะมีบา ของตับแตกเข้าสู่ปอด, คิยส์ท ของพยาธิใบไม้ของตับแตกเข้าปอด, เป็นต้น.

๖. เกิดจากการติดเชื้อสำทับด้วยจุลินทรีย์. ที่สำคัญเกิดขึ้นเมื่อปรสิตผ่านจากทางเดินอาหารเข้าสู่กระแสเลือด, เช่น สตร็องจิลอยด อาจนำเชื้อ แกรม ลบ ติดมาจากลำไส้เกิดภาวะเลือดเป็นพิษหรือปอดอักเสบ, หรือแม้จุลินทรีย์ที่พบในหลอดลมอยู่แล้วก็อาจแทรกซ้อนกับพยาธิสภาพจากปรสิตได้.

ในการที่ปรสิตไชผ่านเนื้อปอดก็อาจก่อภยันตรายต่อปอดได้, สุดแต่ขนาดของปรสิต. ถ้าตัวโตและลักษณะการเคลื่อนไหวรุนแรงและรวดเร็วเช่นตัวจิดก็อันตรายมาก, อาจมีการตกเลือดจนผู้ป่วยไอออกมาเป็นเลือด, อาจทำให้เกิดฉีกขาดของถุงลมจนพยอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอด, อาจทำให้เยื่อหุ้มปอดหรือปอดอักเสบ. นอกจากนี้ปรสิตจะปล่อยสารบางชนิดเพื่อการไชผ่าน ทิสชิว, อาจเป็น เอ็นซัยม ในการย่อย ทิสชิว หรือพยาธิบางตัวที่ตายใน ทิสชิว ก็สลายตัว. สารเหล่านี้เป็น โปรเทอิน จึงมีคุณสมบัติเป็น แอนติเจน กระตุ้นให้ร่างกายสร้าง แอนติบอดี้ และเกิดปฏิกิริยา อิมมูน ขึ้นที่ในเนื้อปอด. พยาธิสภาพของปอดก็ออกมาในรูปของปฏิกิริยา อิมมูน. แอนติเจนบางอย่างก็มีคุณสมบัติเป็น แอลเลอร์เจน จึงเกิดปฏิกิริยาการแพ้ขึ้น, ผู้ป่วยอาจมีอาการหอบหืดเป็นต้น. แต่เนื่องจากปรสิตส่วนมากอยู่ในปอดชั่วระยะหนึ่งพยาธิสภาพจึงยุติได้เอง, นอกจากปรสิตบางตัวที่อยู่นานก็มีพยาธิสภาพอยู่นาน.

นอกจากปฏิกิริยาเฉพาะที่ของ ทิสชิว ของปอดแล้ว, ยังพบปฏิกิริยาของร่างกายทั่วไปด้วย, ได้แก่การมี อีโอสิโนฟิล ในเลือดและไขกระดูก, การมีไข้, ความรู้สึกอ่อนเพลีย, แกมมา โกลบูลิน ขึ้นสูง,

เป็นต้น. อิโอสิโนฟิล อาจเพิ่มจำนวนในเสมหะและสารน้ำจากโพรงเยื่อหุ้มปอดก็ได้.

ถึงแม้ว่า อิโอสิโนฟีเลีย ร่วมกับพยาธิสภาพในปอดจะพบได้บ่อยในโรคจากปรสิต, แต่ก็ยังมีโรคบางอย่างที่พบได้เช่นกัน, อาทิ โปลีย์อาร์เทอไรติส โนโดสา, โรค ฮอดจ์คิน, สาร์คอยโดสิส, แอสเปอร์จิลโลสิส, หรือจากสารเคมีต่าง ๆ เช่นไอของ นิคเคล คาร์โบนิย์ล, หรือจากยาบางอย่าง, เช่น เพนิซิลลิน, พี.เอ.เอส., ซัยคราลาซีน และ ฟูราแดนติน, เป็นต้น.

การสำแดงโรคทางคลินิค

เนื่องจากมีปรสิตหลายชนิดก่อโรคทางปอดได้, อาการทางคลินิคมักจะไม่แตกต่างกัน. เพื่อความเหมาะสมจะให้รายละเอียดในโรคที่เห็นว่ามีความสำคัญสำหรับประเทศไทยเท่านั้น.

๑. โรคปอดจากเชื้อ อะมีบา

โรคบิด อะมีบา มีความสำคัญมากในประเทศไทยทำให้เกิดลำไส้ใหญ่อักเสบได้บ่อยที่สุด. โรคแทรกที่สำคัญก็คือฝีอะมีบาของตับ. สำหรับโรคทางปอดจาก อะมีบา นั้นเกือบทั้งหมดเกิดร่วมกับฝีของตับ. ซ็อชสเนอร์ และ เดอ ยาคีย์ พบ ๑๕.๗ เปอร์เซ็นต. ผู้เขียนได้รวบรวมโรคฝีอะมีบาของตับ ๑๐๐ รายพบการเปลี่ยนแปลงของปอดด้วย ๓๓ เปอร์เซ็นต. ส่วนใหญ่เป็นผลจากการลามของฝีตับโดยตรง. มีผู้ศึกษาว่า อะมีบา อาจไปตามระบบน้ำเหลือง กะบังลมหรือตามกระแสเลือดจากตับ. แต่มีผู้รายงานว่า อะมีบา อาจมาตามกระแสเลือดจากแผลที่ลำไส้มาก่อโรคที่ปอดแบบปฐมภูมิก็ได้.

การเปลี่ยนแปลงทางปอดพบได้หลายแบบ, คือ:

๑.๑ เยื่อหุ้มปอดอักเสบและมีสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดของฝีของตับ. ผู้เขียนพบ ๑๑ เปอร์เซ็นต. เกือบทั้งหมดเกิดทางซีกขวาเนื่องจากการ อักเสบของฝีของตับที่อยู่ส่วนบนลามถึงกะบังลมและเยื่อหุ้มปอดด้านล่างทำให้เกิดการอักเสบ, มีอาการเจ็บเวลาหายใจและ ร้าวมาที่ไหล่ขวา. ฟังได้เสียงเยื่อหุ้มปอดถูกันและอาจมีเสียงเปรี๊ยะ. ต่อมาจึงเกิดสารน้ำใสในโพรงเยื่อหุ้มปอด. ผู้ป่วยบางรายมาหาแพทย์เพราะเรื่องสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดขวา

แทนที่จะมาเรื่องโรคผิวในตับ. สารน้ำอาจมีน้อยหรือมากเป็นลิตร, อาจจะใสสีฟางหรือขุ่นหรือมีเลือดปนเล็กน้อย, ความถ่วงจำเพาะจะต่ำหรือสูงกว่า ๑.๐๐๙ เล็กน้อยได้, ดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบเซลล์พวกลิมโฟศัยท และมีโพลิมอร์ฟ บ้าง, โปรเทอิน มักต่ำแต่บางรายสูงได้, เพาะหาจุลินทรีย์และอะมีบา ไม่ได้เชื้อ. เอ็กซเรย์ ปอดจะพบความผิดปรกติชัดเจนแบบเยื่อหุ้มปอดอักเสบหรือมีสารน้ำ. การรักษามุ่งรักษาผิวของตับด้วยยาที่ได้ผล คือ อีเมติน, คลอโรควิน, หรือ เมโทรไนดาโซล, ก็จะทำให้อาการทางปอดดีขึ้นและหายไป. การเจาะสารน้ำออกควรทำเพียงเพื่อการวินิจฉัยโรค, หรือเจาะออกเมื่อมีปริมาณมากจนเกิดอาการแน่นหายใจไม่สะดวก. ต้องระวังอย่าให้มียัคเตรีอื่นๆ เข้าแทรกซ้อนและระวังอย่าแทงให้เข็มเลยกะบังลมเข้าไปในตับ, เพราะอาจเป็นช่องทางให้ผิวตับแตกทะลุเข้าโพรงรอบปอดได้.

๑.๒ การพบหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด

เป็นภาวะแทรกซ้อนทางปอดของผิวจากตับที่พบบ่อยรองลงมา. ผู้เขียนพบ ๘ เปอร์เซ็นต. เป็นผลจากการแตกทะลุของผิวจากตับผ่านกะบังลมเข้าไปในโพรงรอบปอดขวา. มักพบในผู้ป่วยที่เป็นผิวของตับเป็นเวลานานก่อนจะมาโรงพยาบาล, ผิวมีขนาดใหญ่อยู่กลีบขวาและชิดกะบังลม. หนองที่เจาะได้จะมีสีนวลหรือเลือดปนหรือเป็นสีกะปิดได้, ไม่มีกลิ่น, ข้นมาก, ดูทางกล้องจุลทรรศน์จะพบเม็ดเลือดแดง, อิโอสิโนฟิล, โพลิมอร์ฟ, ลิมโฟศัยท, เซลล์ของตับที่สลายแล้ว, และอาจพบอะมีบา ได้, ไม่พบยัคเตรีทั้งย้อมและเพาะเชื้อทำให้แยกจากหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอดจากการติดเชื้อยัคเตรีได้. โดยมากมักพบตับโตร่วมด้วยหรือมีตับซ่านเล็กน้อย. แต่บางรายตับโตขึ้นขนาดลำไม่ได้ใต้ชายโครงขวา. นอกจากนี้อาจพบทั้งหนองและอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอดก็ได้, เกิดจากการฉีกขาดของถุงลมและเยื่อหุ้มปอดด้วยซึ่งมักจะมีการติดเชื้อยัคเตรีร่วมด้วย. ในบางรายอาจมีรอยทะลุต่อเข้าสู่หลอดลมเป็น พลิวโรบรองเชียล ฟิสตูลา ทำให้ไอมากและมีเสมหะเป็นหนองชนิดเดียวกับที่พบในโพรงเยื่อหุ้มปอด.

การตรวจว่าเกิดรอยทะลุจากผิวของตับนั้นอาจทำได้โดยการเจาะโพรงหนองใน

ตับแล้วฉีดสารทึบรังสีแล้วส่งไปถ่ายเอ็กซเรย์, หรือฉีดสีเมจิยลีน ยูลู เข้าไปในโพรงตับแล้วต่อมาเจาะหนองจากโพรงรอยปอดก็พบสี. การตรวจตับโดย สแคน ด้วยสารกัมมันตรังสีจะช่วยในการวินิจฉัยและหาตำแหน่งของฝีในตับได้อย่างดี. การช่วยวินิจฉัยด้วยการฉีดอากาศเข้าช่องท้องประมาณ ๕๐๐ มล. แล้วให้ผู้ป่วยนั่งเพื่อให้อากาศแทรกเข้าไปอยู่ใต้กะบังลมและเอ็กซเรย์เห็นช่องทางติดระหว่างตับกับปอดได้, แต่ไม่ควรทำในระยะแรกเพราะผู้ป่วยจะเจ็บมากจากอากาศไปเซาะการยึดติดของเยื่อบุช่องท้องกับกะบังลม, และอาจมีอันตรายจากการเซาะจนมีช่องทางทะลุของหนองลงไปในช่องท้อง, เกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบได้.

นอกจากฝีของตับจะแตกเข้าโพรงเยื่อหุ้มปอดแล้วยังอาจแตกเข้าสู่โพรงเยื่อหุ้มหัวใจเกิดเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบและมีหนองในโพรงเยื่อหุ้มหัวใจได้, แต่พบน้อยมาก. ในประเทศไทยมีรายงานไว้ ๓ ครั้งในผู้ป่วย ๕ ราย. จากการศึกษาตรวจศพ ๑๔๘ รายของโรคบิดที่ถึงแก่กรรมที่ เอเอฟไอพีพบ ๒ ราย.

การรักษาทำได้สองวิธี, คือเจาะด้วยเข็มซ้ำ ๆ ร่วมกับให้ยาต้าน อะมีบา, หรือระบายหนองออกโดยใส่ท่อยางเข้าไประหว่างซี่โครง. ซึ่งตามรายงานก็อ้างข้อดีข้อเสียไว้ทั้งสองวิธี. จะใช้วิธีใดก็ตามยารักษาที่ได้ผลดีคือ อีเมติน, คลอโรควิน, ซึ่งได้ผลดีกับโรคในปอดด้วย. ในปัจจุบันนี้มีผู้ใช้ เมโทรไนดาโซล รักษาฝีอะมีบาของตับมากขึ้น และอ้างว่าได้ผลดีและฤทธิ์แทรกซ้อนน้อย, แต่ยังไม่มีรายงานถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางปอด. ในรายที่รุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนเช่นนี้ควรจะให้ยาร่วมกัน, เช่น อีเมติน กับเมโทรไนดาโซล หรือทั้งสามอย่าง, แต่อีเมติน ที่ใช้มักจะให้ขนาดน้อยคือขนาดทั้งหมดไม่เกิน ๕ เกรน และติดตามดูแรงดันเลือด, เสียงหัวใจและ อีซีจี เสมอ. ส่วนการระบายหนองนั้นการเจาะซ้ำ ๆ โดยใช้เข็มขนาดใหญ่ดีกว่าใส่ท่อระบาย, นอกจากในรายที่มีการติดเชื้อยัดเตร์แทรกซ้อนอยู่แล้ว, เพราะการใส่ท่อยางเป็นช่องทางอย่างดีที่จะทำให้ ยัดเตร์อีนเข้าซ้ำเติม, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อในโรงพยาบาลพวก สแตฟีย์โลคอคคัส และเชื้อ แกรม ลบ อันจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยทรุดหนักลงอีกและต้องใช้ยาต้านจุลชีพเพิ่มเติมขึ้น. ผู้ป่วยมักจะไม่รอดเพราะสภาพของผู้ป่วยเลวมากอยู่

แล้ว. แม้ว่าหลักเกณฑ์ทางศัลยกรรมที่ว่า "มีหนองที่ไหนจะต้องระบายออก" ยังคงเป็นความจริง, แต่ในกรณีของฝีอะมีบาของตับนั้นข้อยกเว้น, เพราะอาจจะรักษาฝีของตับด้วยยาอย่างเดียวโดยไม่เจาะเลยก็ได้, เนื่องจากยามีประสิทธิภาพสูงในการฆ่าอะมีบา ได้ดีมาก, และตับมีสมรรถภาพในการซ่อมแซมโพรงหนองจนหายได้เป็นปรกติ. ซึ่งการรักษาวิธีนี้กำลังได้รับความสนใจกันมาก ถ้าให้การรักษาด้วยยาให้ฝีของตับหายได้แล้ว และดูดหนองจากปอดออกได้มากเพียงพอโรคก็จะหายได้เอง. ทั้งนี้จะต้องเน้นความสำคัญในการเจาะปอดว่าจะต้องทำด้วยความระวังที่จะไม่เกิดอันตรายอื่น ๆ เพิ่มเติม, เช่น เลือดออก, ถุงลมฉีกขาด, รวมทั้งการติดเชื้อสำทับ.

ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้ก็คือ เจาะหนองจากโพรงรอบปอดแล้วดันเข็มแทงทะลุกะบังลม, ทำให้หนองไหลลงในช่องท้องเกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบขึ้น. ดังนั้นผู้เจาะจะต้องชำนาญพอสมควร และเลือกจุดที่เจาะได้ถูกต้อง. *เป็นความจริงที่ว่าถ้าผู้เจาะตับหรือปอดไม่ชำนาญพอ การรักษาทางศัลยกรรมจะปลอดภัยกว่า.*

ผู้เขียนจะตัดสินใจรักษาทางศัลยกรรมโดยใช้ท่อระบายทางช่องซี่โครงต่อเมื่อมีการติดเชื้อแทรกซ้อนด้วยยัคเตรี, หรือหนองข้นมากจนดูดออกไม่สะดวกด้วยเข็มขนาดใหญ่. และจะพิจารณาการรักษาทางศัลยกรรมโดยเยื่อช่องอกควักเอาหนองออกให้หมด, ระบายหนองออกจากโพรงในตับด้วย. ในกรณีที่เป็น พลิวโรยรองเมียล ฟิสตุลา หรือมีฝีที่ปอดร่วมด้วย, ตัดปอดที่เป็นโรคออกเพราะปอดไม่มีสมรรถภาพในการซ่อมแซมเหมือนกับตับ, แต่จะกลายเป็นเนื้อปอดที่เน่าและมีการติดเชื้อซ้ำเติมมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้. อย่างไรก็ตามต้องให้การดูแลหลังผ่าตัดอย่างระมัดระวังที่สุดเกี่ยวกับการติดเชื้อ.

๑.๓ <u>ปอดอักเสบหรือโพรงฝีของปอดจาก อะมีบา</u> ในการศึกษาของผู้เขียนพบปอดอักเสบจาก อะมีบา ร่วมกับฝีของตับ ๕ เปอร์เซ็นต, โดยพบฝีที่ตับกันกะบังลมข้างขวาสูงขึ้นและมีการอักเสบของปอดกลีบขวาล่างใกล้เคียงกะบังลมที่สูง, เข้าใจว่าหนองจากตับแตกเข้าสู่เนื้อปอดโดยตรง เพราะมีพังผืดจากการอักเสบที่ปอดด้านล่างติดกะบังลมก่อน, หนองจึงไม่แตกเข้าโพรงรอบปอด, โดยมากต่อมาฝี

มักจะแตกทะลุเข้าหลอดลมด้วย. การวินิจฉัยโรคมักจะไม่ยาก. มีหลายรายงานที่อ้างว่าปอดอักเสยชนิดปฐมภูมิโดยไม่มีฝีของตับได้, และบางรายงานพบฝีของตับแต่ปอดอักเสยซึ่งต่อมาก็เป็นฝีของปอดอยู่ที่กลีบขวาบน ซึ่งแสดงว่าไม่ได้เกิดจากการแตกทะลุของฝีจากตับขึ้นไป, การตรวจเสมหะอาจพบ อะมีบา ได้. ผู้เขียนเคยพบเพียงรายเดียวที่มีปอดอักเสยโดยไม่มีฝีจากตับ, แต่ไม่มีหลักฐานสนับสนุนนอกจากรักษาหายด้วย อีเมติน, ดังนั้นจึงเป็นปัญหาทางด้านการวินิจฉัยโรคมาก. อย่างไรก็ตามถ้าพบผู้ป่วยเป็นฝีที่ปอดที่รักษาไม่ได้ผลด้วยยาต้านจุลชีพ และอาจมีโรคบิดลำไส้หรือตับร่วมด้วยควรนึกถึงไว้บ้าง. ในกรณีเช่นนี้การทดสอยปฏิกิริยาน้ำเหลืองต่อ อะมีบา อาจเป็นประโยชน์มาก.

การรักษาในระยะต้นควรใช้ยา อีเมติน, ซลอโรควิน และ เมโทรไนดาโซล ร่วมกับยาต้านจุลชีพอื่น ๆ เช่น เตตราซัยคลิน ในระยะแรกเพราะได้ผลทั้งต่อ อะมีบา และจุลินทรีย์. ต่อไปก็ให้ยาตามผลการเพาะเชื้อและทดสอยความไวต่อยา, แต่ควรใช้ยาใช้ยาที่ได้ผลดีที่สุด. ถ้ามีฝีของตับด้วยควรเจาะสักครั้งเพื่อลดแรงดันในโพรงหนองไม่ให้ดันทะลุเข้าปอดเพิ่มอีก. มีรายงานรักษาหายด้วยยา, แต่ที่ผู้เขียนพบต้องส่งให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดเอาเนื้อที่เป็นโรคออกภายหลังจากรักยา อะมีบา ในระยะต้นแล้ว, เพราะโรคไม่หาย.

เอกสาร :

๑. ศัลยพันธ์, ส.: อะมีบิสิส ของปอดและเยื่อหุ้มปอด. สารศิริราช ๒๔๕๕, ๘: ๓๗๗.

๒. Chakravarty, A.: Pulmonary Amoebiasis. J. Ind. Med. Ass. 1951, 20: 399.

๓. Ochsner, A., and M. DeBakey: Pleuropulmonary Complications of Amebiasis; An Analysis of 153 Collected and 15 Personal Cases. J. Thorac. Surg. 1936, 5: 225.

๔. Stephen, S.J., and C.G. Uragoda: Pleuro-pulmonary Amoebiasis: A Review of 49 Cases. Brit. J. Dis. Chest 1970, 64: 96.

๕. Webster, B.H.: Pleuropulmonary Amebiasis; A Review with an Analysis of Ten Cases. Amer. Rev. Resp. Dis. 1960, 81: 683.

๒. โรคปอดบวมมาจากเชื้อ ปีนิวโมศิย์สติส คารินิไอ

ปีนิวโมศิย์สติส คารินิไอ นี้เป็น โปรโตซัว ซึ่งทำให้เกิดโรคปอดบวมในเด็กที่คลอดก่อนกำหนดหรือในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ, โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทาง

เลือด พยาธิ ๕ เปอร์เซ็นต์, และในคนที่มีแกมมา โกลบุลิน น้อย. มีชื่อเรียกอีกอย่างว่า อินเตอร์สติเชียล พลาสมา เซลล์ ย์นิวโมเนีย. อาการไม่จำเพาะ, มักไม่มีไข้, แต่มีเบื่ออาหาร, ซึม, ท้องร่วงและหายใจหอบถี่, หายใจลำบากและมีผิวเขียว. ภาพเอ็กซเรย์ อาจพบ อินฟิลเตรชั่น รอบ ๆ บริเวณฮัส ทั้งสองข้าง, อาจเป็นแบบ คอนโซลิเดชั่น หรืออาจไม่พบลักษณะผิดปรกติก็ได้.

ในประเทศไทย อร่าม จรมธัช และสวรรค์ สโรบล ได้รายงานไว้ในเด็กคลอดไม่ครบกำหนดเป็นรายแรก. เมื่อไม่นานมานี้ อานนท์ ประทัดสุนทรสาร, เฉลิม วราวิทย์ และคณะก็พบการระบาดในสถานเลี้ยงเด็ก กำพร้า ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ถึง ๑๒ ราย.

การวินิจฉัยโรคค่อนข้างลำบาก นอกจากจะได้ตรวจเนื้อปอดที่เป็นโรคจากทำไบออปซี่, โดยย้อมด้วยสี เมเธนามีนสิลเวอร์ ของโกโมริ, ซึ่งจะเห็นลักษณะในถุงลมคล้ายฟองสบู่, ย้อมติดสีดำซัดเจนเป็น ศิย์สท. ทดสอบปฏิกิริยาน้ำเหลืองอาจได้ผลบวก. ยังไม่มีวิธีการรักษาที่แน่นอน. ดิเลโซ และคณะ รายงานว่ารักษาได้ผลดีด้วยยา เพ็นตะมีดีนไอโสไธโอเนท ซึ่งตรงกับประสพการณ์ของ อานนท์ ประทัดสุนทรสาร และคณะ.

เอกสาร :

๑. ธรมธัช, อ., และ ส. สโรบล: นิวโมศิสติส คารินิอี นิวโมเนีย. จ.พ.ส.ท. ๒๕๐๔, ๔๔: ๓๐๕.

๒. ประทัดสุนทรสาร, ป., และ ฉ. วราวิทย์: ติดต่อส่วนตัว, ๒๕๑๓.

๓. Hamlin, W.B.: Pneumocystis. carinii. J.A.M.A. 1968, 204: 173.

๔. Lillehei, J.P., J.L. Funke, C.W. Drage, et al.: Pneumocystis carinii Pneumonia. Needle – Biopsy Diagnosis and Successful Treatment. J.A.M.A. 1968,206: 596.

๓. โรคปอดจากเชื้อไข้จับสั่น

ได้มีผู้รายงานถึงโรคปอดอักเสบในโรคไข้จับสั่นชนิด ฟาลซีปารัม, ซึ่งผู้ป่วยมีอาการไอ, มีเสมหะเป็นเลือด, เจ็บหน้าอก, และฟังได้เสียงผิดปรกติ, รวมทั้งภาพเอ็กซเรย์ ของปอดมีลักษณะหย่อมการอักเสบ. เข้าใจกันว่าพยาธิสภาพคล้ายกับในอวัยวะอื่นคือมีการยึดตัวตีบของหลอดเลือดเล็ก ๆ ในปอดหรือมี ธรอมโบสิส จากกลุ่มเชื้อร่วมด้วย. โรคนี้รักษาหายได้ด้วยยาต้านเชื้อไข้จับสั่น. ในทางคลินิคต้องแยกจากปอดอักเสบจากเชื้อบัคเตรีหรือไวรัสที่เกิดร่วมกันมา. ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยนัก.

ยังมีเหตุแทรกซ้อนทางปอดที่รุนแรงถึงชีวิตในโรคไข้จับสั่นอีกอย่างที่สำคัญก็คือภาวะปอดคั่งน้ำ. ผู้ป่วยมีอาการหอบ, หัวใจเต้นเร็ว, แรงดันเลือดต่ำและบวม, แต่แรงดันเลือดดำต่ำ. ให้สงสัยในรายที่มีน้ำหนักตัวเพิ่ม. ภาวะนี้แม้รักษาด้วยยาต้านเชื้อไข้จับสั่นก็ไม่ได้ผล. อัตราตายสูงมาก สาเหตุไม่ได้เกิดจากโรคทางหัวใจหรือการมีสารน้ำคั่งในระบบไหลเวียน. การศึกษาของ ซีอี และ ริชา, มัลลอย และคณะ, และ มิลเลอร์ และคณะในปี ค.ศ. ๑๙๖๗ บ่งชี้ว่าสาเหตุอันหนึ่งคือการหลั่งฮอร์โมนต้านการขับปัสสาวะโดยไม่เหมาะสม, และ นอกจากนี้ยังเข้าใจว่าเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอย, การไหลเวียนเลือดส่วนย่อยในปอด, อันอาจเกิดจากเชื้อไข้จับสั่นโดยตรงหรือสิ่งที่เชื้อขับออกมาหรืออาจเป็นภาวะแพ้ก็ได้. ได้มีการทดลองใช้ เด็กซาเมทรน ชนิด อณูเล็ก ร่วมกับ เฮปาริน และ เด็กซะเมธาโสน รักษาได้ผลดี, ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้.

เอกสาร:

๑. Deaton, J.G.: Fatal Pulmonary Edema as a Complication of Acute Falciparum Malaria. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1970, 19 : 196.

๒. Malloy, J.P., M.H. Brooks, and K.G. Barry: Pathophysiology of Acute Falciparum Malaria. II. Fluid Compartmentalization. Amer. J. Med. 1967, 43 : 745.

๓. Miller, L.H., P. Makaranond, V. Sitprija, et al.: Hyponatraemia in Malaria. Ann. Trop. Med. Parasitol 1967, 61 : 265.

๔. Sheehy T.W., and R.C. Reba: Complication of Falciparum Malaria and Their Tretment. Ann. Intern. Med. 1967 66 : 807.

๔. โรคปอดจาก ทริโฆโมนาส

ทริโฆโมนาส เป็น โปรโตซัว ที่พบในผู้ป่วยได้อย่างน้อยสามชนิด, คือ ที. โฮมินิส, ที. วาจินาลิส และ ที. ที่แน็กซ. ตัวหลังนี้เคยมีผู้รายงานว่าพบในทางเดินลมหายใจตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๘๗๖ และต่อมาก็พบในเนื้อปอดที่เน่าในโรคปอดเรื้อรังเป็นครั้งคราว. ในปี ค.ศ. ๑๙๖๘ เมมิค รายงานการตรวจพบจากสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดของผู้ป่วยที่ผ่าปอดแตกเข้าโพรงเยื่อหุ้มปอดและรักษาได้ผลด้วย เมโทรไนดาโซล.

เอกสาร:

๑. Memik, F.: Trichomonads in Pleural Effusion. J.A.M.A. 1968,204 : 1145.

๒. Walton, B.C., and T. Bacharach: Occurrence of Trichomonads in the Respiratory Tract. Report of Three Cases. J. Parasit. 1963,49 : 35.

๕. โรคปอดจากพยาธิไส้เดือน แอสคาริส

พยาธิไส้เดือนเป็นปรสิตลำไส้ที่พบชุกชุมมากในประเทศไทยและปรสิตตัวนี้จำเป็นต้องผ่านปอดและเจริญจากระยะที่สี่เป็นระยะที่ห้าในปอด, โดยไชจากหลอดเลือดฝอยเข้าสู่ถุงลมเล็ก ๆ แล้วผ่านขึ้นตามท่อหลอดลม. เนื่องจากมีขนาดใหญ่กว่าพยาธิตัวกลมอื่น ๆ ที่ผ่านปอดเช่นพยาธิปากขอ, ดังนั้นจึงสามารถก่อพยาธิสภาพได้ชัดเจนกว่า, ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิด้วย. ผู้ป่วยจะมีอาการไออาจรุนแรง, เสมหะอาจมีเลือดติด, บางครั้งอาจพบพยาธิตัวอ่อนในเสมหะ, มีไข้, เม็ดเลือดขาวและ อีโอสิโนฟิล เพิ่มจำนวนขึ้นในเลือด.

เป็นที่ทราบกันดีว่า พยาธิไส้เดือนคือต้นเหตุสำคัญของกลุ่มอาการ เลอฟฟ์เลอร์ ซึ่งรายงานไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๓๒ จากสถาบันบำบัดวัณโรคปอด, เพราะผู้ป่วยมีจุดที่ปอดคล้ายวัณโรค, แต่เปลี่ยนที่และหายไปได้โดยเร็ว, ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการน้อยและมี อีโอสิโนฟีเลีย จึงแยกจากวัณโรคได้. โรคนี้พบได้ทั่วโลกและแน่นอนว่าพยาธิไส้เดือน เป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่ง. กลุ่มอาการนี้แยกจากกลุ่มอาการ อีโอสิโนฟีเลีย อื่น ๆ ได้จากความไม่รุนแรงของโรค, ภาพ เอ็กซเรย์ ในปอดที่เปลี่ยนแปลงเร็ว, ระยะเวลาของโรคสั้นเพียงไม่เกิน ๒ สัปดาห์, และเมื่อตรวจอุจจาระในระยะเดือนต่อ ๆ มาอาจพบไข่พยาธิไส้เดือน. ถ้าผู้ป่วยได้รับเชื้อพยาธิไส้เดือนเป็นจำนวนมากพร้อมกันอาจเกิดอาการผิดจาก เลอฟฟ์เลอร์ แต่คล้าย ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย ได้. ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคนี้เป็นครั้งคราว, ไม่ค่อยมีปัญหาในการวินิจฉัยโรคหรือการรักษา. ให้การรักษาตามอาการก็เพียงพอ, เพราะพยาธิจะไชผ่านปอดลงไปสู่ลำไส้เอง. ไม่ควรให้ยาฆ่าพยาธิใน ทิช-ชิว, เช่น ไธอะเบนดาโซล, เพราะกลัวจะเป็นผลร้ายให้มีอาการมากขึ้น ผลจากมีปรสิตตายในเนื้อปอด. ในรายรุนแรงเคยมีผู้ใช้ สติรอยด์ ได้ผลดี.

เอกสาร :

๑. Loeffler, W. : Differential – Diagnose der Lungeninfiltrierungen; über flüchtige Succeban – Infiltrate (mit Eosinophilie). Beitr. Z. Klin. d. Tuberk. 1932, 79 : 368.

๒. Vogel, H., and W. Minning: Beitrage zur Klinik der Lungen – Ascariasis und zur Frage der flüchtigen eosinophilen Lungeninfiltrate. Beitr. Z. Klin. d. Tuberk, 1942, 98 : 620.

๖. โรคปอดจากพยาธิปากขอ

พยาธิปากขอจำเป็นต้องผ่านปอดก่อนจะเข้าสู่ลำไส้, จึงอาจก่อโรคและพยาธิสภาพในปอดได้เช่นเดียวกัน. ความรุนแรงก็สุดแต่จำนวน. ในรายเป็นมาก ๆ อาจมีอาการคล้าย ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย ได้. พยาธิปากขอที่พบในคนไทยมี ๓ ชนิดคือ นิเคเตอร์ อเมริคานัส, แองคัยโลสโตมา ดูโอดีนาเล ซึ่งเป็นพยาธิปากขอของคน, และแองคัยโลสโตมา ค็ย์ลานิคุม ของสุนัข ซึ่งสุวิทย์ อารักุล และคณะพบว่าเข้าไปอยู่ในคนได้, ซึ่งตามทฤษฎีแล้วปฏิกิริยาของคนต่อปรสิตจากสัตว์จะรุนแรงกว่าจากปรสิตคน, จึงควรศึกษาดูต่อไป.

เอกสาร :

๑. Areekul, S., P. Radomyos, and C. Viravan: Experimental Infection of Ancylostoma ceylanicum in Man. J. Med. Ass. Thailand 1970, 53: 190.

๗. โรคปอดจาก สตรองจิลอยด

สตรองจิลอยด เป็นพยาธิตัวกลมที่พบได้บ่อยในจังหวัดภาคกลาง. มีความสำคัญเพราะความสามารถในการเพิ่มตัวจำนวนได้ในคนด้วยวิธี ออโตอินเฟคชั่น จากลำไส้ใหญ่. ตัวอ่อนชนิด ฟิลาริฟอร์ม ออกจากกระแสเลือดเข้าสู่ถุงลมเป็น แร็ห์ดิติฟอร์ม ย้อนเข้าหลอดลมขึ้นมาเป็นตัวแก่ในลำไส้ แต่ในบางครั้งการเดินทางไม่สมบูรณ์กลายเป็นพยาธิตัวแก่ขึ้นที่ปอดและหลอดลมได้. อาการอาจรุนแรงหรือเรื้อรัง. อาการที่สำคัญก็คือไข้ต่ำ ๆ, ไอเรื้อรัง, มีเสมหะปนเลือด, ฟังปอดได้ยินเสียงดังเปรี๊ยะ. เอ็กซเรย์ มีลักษณะของหลอดลมอักเสบหรือปอดอักเสบได้เป็นหย่อม ๆ. พบ อีโอสิโนฟีล เพิ่มในเลือด. บางรายตรวจพบตัวอ่อนในเสมหะ. อาจมีสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด ซึ่งบางครั้งอาจพบตัวอ่อนในสารน้ำที่เจาะออกมาก็ได้. โรคอาจจะรุนแรงถึงตายได้ ตามรายงานของ ครูซ.

ผู้เขียนเคยพบผู้ป่วยหลายรายที่มีอาการทางปอดเรื้อรัง, ได้แก่เจ็บอก, ไอ, และได้รับการรักษามามากมายไม่ทุเลา, แต่จากการที่เลือดมี อีโอสิโนฟีล เพิ่มและตรวจอุจจาระพบ สตรองจิลอยด จึงได้รักษาด้วย ไดไธอาซานิน หรือ ไธอะเบนดาโซล ก็ปรากฏว่าอาการทางปอดหายไปโดยเด็ดขาด. แพทย์ทั่วไปจึงควรสนใจโรคนี้ไว้ด้วยเพราะพบได้เสมอ. วิธีการวินิจฉัยที่ได้ผลคือตรวจอุจจาระวิธีธรรมดาย่อย ๆ

หรือใช้วิธีเพาะเชื้อด้วยกระดาษกรองในหลอดทดลอง. การตรวจเสมหะจะพบอีโอสิโนฟิล มากแทนที่จะเป็นเซลล์ชนิดที่พบในการติดเชื้อบัคเตรี.

นอกจากนี้ สตรองจิลอยุด ยังอาจก่อโรคแทรกที่รุนแรงโดยการนำเชื้อบัคเตรีติดมาจากลำไส้เข้าสู่กระแสเลือด, ทำให้มีการติดเชื้อในเลือด (วิลสัน และ ธอมป์สัน) และอาจมีปอดอักเสบจากบัคเตรีร่วมด้วย. จึงควรสนใจในรายที่พบลักษณะติดเชื้อในเลือดที่หาสาเหตุไม่พบ และในรายที่ให้ยาพวก สตีรอยุด (ศิวานโตส และ รอบินสัน) ซึ่งการรักษาจะต้องให้ทั้งยาต้านจุลชีพและ ไธอะเบนดาโซล.

เอกสาร :

๑. Civantos, F., and M.J. Robinson: Fatal Strongyloidiasis Following Corticosteroid Therapy. Amer. J. Digest. Dis. 1969, 14 : 643.

๒. Corrigan, F. L. : Case of Pulmonary Strongyloidiasis. Brit. Med. J. 1949, 2: 738.

๓. Cruz, T., G. Reboucas, and H. Rocha : Fatal Strongyloidiasis in Patients Receiving Corticosteroids. New Eng. J. Med. 1966, 275 : 1093.

๔. Wilson, S., and A.E. Thompson: A Fatal Case of Strongyloidiasis. J. Path. Bact. 1964, 87 : 169.

๘. โรคปอดจาก ทริฆิโนสิส

ทริฆิโนสิส ในระยะต้นมีการกระจายของ ตัว อ่อนไป ตาม กระแส เลือด สู่ อวัยวะต่าง ๆ. อาจพบอาการทางปอดได้. โดยมีอาการไอ, อาจมีเสมหะปนเลือด, คันคอ, เจ็บหน้าอก, เยื่อหุ้มปอดอักเสบ. เอ็กซเรย์อาจพบลักษณะการอักเสบเป็นหย่อม ๆ บางครั้งกลายเป็นปอดบวมเป็นสาเหตุของการตายได้จากการมีเชื้อจุลินทรีย์โดยเฉพาะพวก แกรม ลบ จากลำไส้เข้าสู่กระแสเลือดเช่นเดียวกับ สตรองจิลอยุด, ซึ่งผู้เขียนได้รายงานไว้ ๑ ราย. อาการทางปอดยังอาจจะเกิดเนื่องจากกล้ามเนื้อกะบังลม และกล้ามเนื้อของซี่โครงมีปรสิตนี้เข้าไปอยู่เกิดพยาธิสภาพไม่เคลื่อนไหวได้อย่างปรกติ. การวินิจฉัยด้วย ไบออปสี่ย์ กล้ามเนื้อดูพยาธิในรายที่มีอาการน่าสงสัยและมีจำนวนอีโอสิโนฟิล เพิ่มในเลือด. ในการรักษาต้องมุ่งรักษาทั้งการติดเชื้อบัคเตรีด้วย ยา ต้าน จุลชีพ และ รักษา อาการ จาก ปรสิตด้วย สตีรอยุด ร่วมกับ ไธอะเบนดาโซล.

ถึงแม้โรคนี้ในเมืองไทยจะพบได้น้อย, เคยพบการระบาดที่เชียงใหม่ไม่กี่ครั้ง. แต่ระยะนี้มีการติดต่อกับชาวเขามากขึ้น,

เข้าหน้าที่ไปทำงานในดินแดนชาวเขาก็อาจจะติดโรคจากการกินเนื้อสุกรปรุงไม่สุกและมีเชื้อปรสิตนี้ได้. การตรวจสุกรที่กรุงเทพ ฯ พบผลบวกต่ำมาก. แต่ในการตรวจแหนมซึ่งส่งมาขายจากเชียงใหม่บางครั้งพบเชื้อพยาธิสูงมาก, ซึ่งเข้าใจว่านำหมูซื้อจากชาวเขามาประกอบ, จึงอาจแพร่โรคไปสู่คนจังหวัดอื่น ๆ และอาจเกิดโรคระบาดในบางจังหวัดต่อไปได้.

เอกสาร :

๑. ดิสสะมาน, ร. (มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์): ติดต่อส่วนตัว.

๒. สถาปนกุล, ช., พ. เชี่ยววานิช, และ ศ. ชูจิตารมย์: การระบาดของ ทริชโนสิส ครั้งที่สาม. เชียงใหม่เวชสาร ๒๕๐๓, ๔: ๕๒.

๓. Punyagupta, S., C. Couropmitree, and P. Siryaphan: Gram Negative Septicemia Complicating Trichinella Encephalitis. A Case Report. J. Med. Ass, Thailand 1969, 52: 281.

๔. โรคปอดจาก ท็อกโซคารา และกลุ่มอาการ วิสเซอรัล ลาร์วา ไมแกรนส

ท็อกโซคารา แคนิส เป็นพยาธิไส้เดือนของสุนัข ซึ่งเป็นต้นเหตุของกลุ่มอาการอีโอสิโนฟีเลีย ชนิดหนึ่งคือ วิสเซอรัล ลาร์วา ไมแกรนส หรือเรียกให้ถูกว่า ท็อกโซคาริเอสิส ชนิดเป็นต่ออวัยวะ. กลุ่มอาการนี้ เวอร์ และคณะได้บรรยายไว้เมื่อ ค.ศ. ๑๙๕๒, เป็นโรคที่พบในเด็กเล็กอายุมักต่ำกว่า ๔ ปี, มีประวัติคลานตามดินและกินดินที่มีตัวอ่อนเข้าไป. อาการที่สำคัญก็คืออ่อนเพลีย, เบื่ออาหาร, มีไข้, ตับโต, และมีอาการอยู่เป็นปี ๆ. ตรวจเลือดจะพบเม็ดเลือดขาวจำนวนมากหลายหมื่น และ อีโอสิโนฟิล ก็มากเกิน ๕๐ เปอร์เซ็นต. อาจพบพยาธิสภาพของอวัยวะอื่นได้ทั่วตัว, เช่นอาการทางสมอง ได้แก่ ชักและหมดสติ, อาจเข้าสู่ลูกตาทำให้ตาบอด, อาจมีอาการทางปอดได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นอาการที่ทำให้มาหาแพทย์โดยมีอาการไอมาก, เหนื่อย, หายใจลำบาก, ฟังปอดได้ยินเสียงเปรี๊ยะหรือเสียงหวีดหวือ. ภาพ เอ็กซ-เรย์ จะพบมีจุดเป็นหย่อมเล็ก ๆ ทั่ว ๆ ไป คล้าย ๆ ใน ทรอปีคัล อีโอสิโนฟีเลีย. ความรุนแรงของโรคมากหรือน้อยก็สุดแต่จำนวนปรสิต, ระยะเวลาที่ได้รับเชื้อ, และอวัยวะที่ปรสิตกระจายไปสู่. การวินิจฉัยโรคอาศัยอาการดังกล่าว, โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุ, การทดสอบทางน้ำเหลืองก็อาจช่วยได้บ้าง, และการทำ ไบออปสีย์ของตับอาจช่วยได้มากถ้าพบตัวปรสิต. การ

รักษาเคยมีผู้ทดลองหลายอย่าง, ไดเอธิธีล คาร์บามาโซน ได้ผลบ้าง. เนลสัน รายงานว่า ไธอะเบนดาโซล ได้ผลดี. โรคนี้ยังไม่มีรายงานในเมืองไทย, แต่ผู้เขียนแน่ใจว่ามี, เพราะพยาธิ ท็อกโซคารา พบได้ไม่น้อยในสุนัข และเด็กไทยก็เล่นอยู่ชนดิน เช่นเดียวกัน, จึงควรสนใจหาผู้ป่วย.

เอกสาร :

๑. Beaver, P.C., C.H. Snyder, G.M. Carrera, et al.: Chronic Eosinophilia Visceral Larva Migrans: Report of Three Cases. Pediatrics 1952, 9: 7.

๒. Beaver, P.C.: The Nature of Visceral Larva Migrans. J. Parasitol. 1969, 55: 3.

๓. Nelson, J.D., T.H. McConnell, and D.V. Moore: Thiabendazole Therapy of Visceral Larva Migrans: A Case Report. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1966, 15: 930.

๑๐. โรคปอดจาก แคปิลลาเรีย เฮปาติคา

แคปิลลาเรีย เฮปาติคา เป็นปรสิตตัวกลมที่พบในตับหนู, อาจติดมาคนได้, แต่มีรายงานเพียงไม่กี่ราย. วอร์ด และเดนท์ รวบรวมไว้ ๗ ราย. มีอาการไข้, ตับโต, อีโอสิโนฟีเลีย อย่างมาก, มีอาการหนักและมักจะเสียชีวิต. พบอาการทางปอด ๔ ราย เป็นแบบ ยร็องโฆม์นิวโมเนีย หรือปอดบวมทั้งกลีบก็ได้. แต่การตรวจศพไม่พบปรสิตในปอด, อาจเป็นเพราะยัดเตร็เข้ามาแทรกซ้อน. ในเมืองไทยยังไม่เคยพบผู้ป่วย.

เอกสาร :

๑. Ward, R.L., and J.H. Dent: Capillaria hepatica Infection in a Child. Bull. Tulane Univ. Med. Faculty 1959, 19: 27.

๑๑. โรคปอดจาก ไดโรฟีลาเรีย

ไดโรฟีลาเรีย เป็น ปรสิตตัวกลมที่อยู่ในหลอดเลือดหัวใจของสัตว์บางชนิด, เช่น ดี. อิมไมติส ในสุนัข, ดี. เทนูอิส ใน แรคคูน. ไดโรฟีลาเรีย ในสุนัขมีความสำคัญยิ่งขึ้น เพราะได้มีรายงาน การ พบ ปรสิตตัวนี้ในคนบ่อยขึ้น, จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๑๓ พบจาก ปอด ของคน ๑๘ ราย (ที่อเมริกา ๑๗ ราย, ที่ญี่ปุ่น ๑ ราย). ปรสิตนี้ทำให้เกิดลักษณะเป็น อินฟาร์คุท ของปอดที่เห็นชัดในภาพ เอ็กซเรย์, หรืออาจเป็นเงากลมก็ได้. ยิเวอร์ และ โอริเฮล ได้รวบรวมไว้

๕ รายเมื่อ ค.ศ. ๑๙๖๕. ในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ นี้เอง โยฌิมูรา และ โยโคกาวา รายงานไว้ ๑ รายที่ญี่ปุ่น, มีพยาธิสภาพเป็นแบบ อินฟาร์คุท จาก อธ็อมโบเอมโบลิสม, คือมี นีโครสิส, อิโอสิโนฟีลิค แกรนุเลชั่น, และ เอ็นดาร์เทอไรติส, และพบตัวปรสิตอยู่ด้วย. ยังไม่รู้แน่ว่าคนติดโรคมาได้อย่างไร แต่เข้าใจว่าจากยุงพวก อีดีส, คูเล็กซ และ อานอฟีลิส เป็นพาหะ, ซึ่งพยาธิ ไดโรฟีลาเรีย นี้พบได้บ่อยในสุนัขหลายประเทศ, เช่น ญี่ปุ่น ๕๐–๖๕ เปอร์เซ็นต, ในเมืองไทยสุดแต่สถานที่และรายงาน, และยุงนำเชื้อก็มีทั่วไป, จึงควรต้องนึกถึงในรายที่พบลักษณะอินฟาร์คุท หรือเป็นลักษณะเงากลมในปอด. ผู้เขียนเชื่อว่าไม่ช้าคงจะมีรายงานจากคนไทย.

เอกสาร:

๑. Beaver, P.C., and T.C. Orihel: Human Infection with Filariae of Animals in the United States. Amer. J. Trop. Med Hyg. 1965, 14: 1010.

๒. Yoshimura, H., and M. Yokogawa: Dirofilaria Causing Infarct in Human Lung. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1970, 19: 63.

๑๒. โรคปอดจาก ฟีลาเรีย และ กลุ่มอาการ ทรอปีคัล พุลโมนารีย์ อีโอสิโนฟีเลีย

โรคทางปอดจากปรสิตที่ได้รับ ความสนใจศึกษามากที่สุดก็คือกลุ่มอาการทรอปีคัล พุลโมนารีย์ อีโอสิโนฟีเลีย หรือที่เรียกว่า ปอด อีโอสิโนฟีลิค. ในระยะต้น ๆ มีรายงานถึงโรคนี้สับสนมาก และมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน. ในปี ค.ศ. ๑๙๔๐ ฟริมอดท–โมลเลอร์ และ บาร์ตัน รวบรวมรายงานผู้ป่วย ๑๗๕ ราย จากภาคใต้ของอินเดีย เรียกชื่อโรคว่าปอด อีโอสิโนฟีลิค. แต่ ไวการ์เตน ใน ค.ศ. ๑๙๔๓ เรียก ทรอปีคัล อีโอสิโนฟีเลีย. กลุ่มอาการนี้มีลักษณะจำเพาะดังนี้:

๑. มีอาการทางปอด, ได้แก่ ไอ, แน่นอก, อาจหอบคล้ายหืด.

๒. มีไข้ต่ำ ๆ, อ่อนเพลียเป็นเวลาหลายเดือน.

๓. มี อีโอสิโนฟีล มากเกิน ๒,๐๐๐ ตัวต่อ ล.มม. และทำให้เม็ดเลือดขาวรวมมากตามด้วย, มีอัตรานอนกันเม็ดเลือดแดงเร็ว.

๔. ตามรายงานของ คูห์ และ คานาราจ (ค.ศ. ๑๙๖๐) เอ็กซเรย์ ปอดมี

ลักษณะเงาหลอดลมหลอดเลือดเด่นชัดเจนขึ้น, หรือมีจุดกระจายทั่วปอด.

๕. รักษาได้ผลด้วยยาเข้าสารหนูหรือไดเอธิยัล คาร์บามาซีน (เฮตราซาน).

๖. อาจมีต่อมน้ำเหลืองโตหรือม้ามโตด้วย.

จะเห็นได้ว่าอาการเหล่านี้อาจเกิดจากปรสิตหลายชนิด. มีจุดสำคัญที่ควรเน้นก็คือ ระยะเวลาที่เป็นเดือน ๆ, อาการที่เป็นมากทางปอด, และรักษาได้ผลด้วยยา. ในระยะต้นก็มีผู้สงสัยปรสิตหลายอย่าง, แต่ พีลาเรีย เป็นสัตว์ที่เชื่อกันว่าเป็นต้นเหตุที่สำคัญที่สุด, เพราะทราบแล้วว่ายาเข้าสารหนูหรือ ไดเอธิยัล คาร์บามาซีน ได้ผลต่อ พีลาเรีย. ในปี ค.ศ. ๑๙๕๘ บัคลีย์ ได้ทดลองในตนเองด้วยเชื้อ บรูเจีย มาลาไย ของคนก็เกิดโรคขึ้น, ใช้ บ. พาห์หังไก ซึ่งเป็น พีลาเรีย ของแมวก็เกิดอาการได้เช่นกัน. ผลการทดสอบทางปฏิกิริยาน้ำเหลืองก็สนับสนุนด้าน พีลาเรีย. เว็บบ และคณะในปี ค.ศ. ๑๙๖๐ แสดง ไมโครพีลาเรีย จากปอด, ตับ และต่อมน้ำเหลืองจากผู้ป่วย, ซึ่งต่อมาก็สนับสนุนด้วยรายงานของ คานาราช และคณะจาก สิงกโปร์ ใน ค.ศ. ๑๙๖๖, โดยพบ ไมโครพีลาเรีย ที่ปอดของผู้ป่วย ๔ ราย ที่ตายจากโรคนี้, แต่ไม่พบในเลือดเลย, เรียกว่า พีลาริเอลิส อย่างซ่อนตัว. เข้าใจว่าน่าจะเป็น พีลาเรีย ของสัตว์มากกว่าของคน, แต่ก็มีผู้แนะว่าอาจเป็น พีลาเรีย ของคนในคนที่มีการสนองต่อปรสิตผิดปรกติไปโดยเหตุทางกรรมพันธุ์, เพราะว่าใน สิงกโปร์ มีชาวอินเดียเป็นโรคมากกว่าคนจีน. ดังนั้นความสนใจในเรื่องนี้จึงยังไม่ยุติ.

กลุ่มอาการนี้เป็นตัวอย่างที่แสดงว่ากลุ่มอาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง อาจเกิดจากปรสิตต้นเหตุได้หลายชนิด, เพราะมีรายงานว่าโรคนี้เกิดจากพยาธิไส้เดือน (บีเวอร์ และ คานาราช, ค.ศ. ๑๙๕๘), จาก ท็อกโซคารา แคนิส จากการทดลองในคนโดย เซาตูห์รี และ สะยา (ค.ศ. ๑๙๕๙), จาก นีเคเตอร์ อเมริคานัส โดย ค่อะบรีเร (ค.ศ. ๑๙๕๘), เป็นต้น, แต่พยาธิเหล่านี้คงเป็นสาเหตุส่วนน้อย.

ในประเทศไทยยังไม่เคยพบผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เลย, ตระหนักจิต หะรินสุต เคยรายงานไว้, แต่ผู้เขียนเข้าใจว่าเกิดจากตัวจิตที่จะได้กล่าวถึงในกลุ่มอาการต่อไป.

เอกสาร :

๑. Beaver, P., and T.J. Danaraj: Pulmonary Ascariasis Resembling Eosinophilic Lung : Autopsy Report with Description of Larvae in the Bronchioles. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1958, 7 : 100.

๒. Buckley, J.J.C.: Occult Filarial Infections of Animal Origin as a Cause of Tropical Pulmonary Eosinophilia. East African Med. J. 1958, 35 : 493.

๓. Chaudhuri, R.N., and T.K. Saha: Tropical Eosinophilia Experiments with Toxocara canis. Lancet 1959, 2 : 493.

๔. Danaraj, T.J., G. Pacheco, K. Shanmugaratnam, and P.C. Beaver: The Etiology and Pathology of Eosinophilic Lung (Tropical Eosinophilia). Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1966, 15 : 183.

๕. Frimodt-Möller, C., and R.M. Barton: A Pseudo-Tuberculous Condition Associated with Eosinophilia. Indian Med. Gaz. 1940, 75 : 607.

๖. Khoo, F.Y., and T.J. Danaraj: The Roentgenographic Appearance of Eosinophilic Lung (Tropical Eosinophilia). Amer. J. Roentgen. 1960, 83 : 251.

๗. Webb, J.K.G., C.K. Job, and E.W. Gault : Tropical Eosinophilia Demonstration of Microfilaria in Lung, Liver, and Lymph-Nodes. Lancet 1960, 1 : 835.

๘. Weingarten, R.J. : Tropical Eosinophilia. Lancet 1943, 1 : 103.

๑๓. โรคปอดจากตัวจี๊ดและกลุ่มอาการฮัยเปอร์อีโอสิโนฟีลิค

เป็นที่ทราบกันดีว่าพยาธิตัวจี๊ดซึ่งเป็นปรสิตของสุนัขและแมว สามารถก่อโรคในคนได้หลายอย่าง. ที่รู้จักกันดีก็คืออาการขวมเลื่อนที่ตามผิวหนัง, แต่ตัวจี๊ดอาจเคลื่อนที่ผ่านอวัยวะภายใน หรือไปอยู่ที่อวัยวะภายในก็ก่อโรคได้เช่นกัน. ปอดเป็นอวัยวะหนึ่งที่ตัวจี๊ดไชผ่านได้บ่อย. เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๒ สวัสดิ์ แดงสว่าง รายงานผู้ป่วย ๓ ราย, มีอาการทางระบบการหายใจแล้วไอเอาตัวจี๊ดออกมา, และในปี พ.ศ. ๒๔๙๘ ประดิษฐ์ ตณสุรัต รายงานอีก ๖ ราย. ในปีเดียวกันนั้น ขัญญีต์ ปริชญานนท์, อานนท์ ประทัตสุนทรสาร และ วิกิจ วิรานุวัตติ์ เสนอรายงานผู้ป่วยปอดบวม ๑ ราย, ที่ไอเอาตัวจี๊ดออกมา ๑ ตัว. ในปี พ.ศ. ๒๕๐๒ สมชัย บวรกิตติ และ สุนทร ตันทนันท์, และในปี พ.ศ. ๒๕๐๓ ประเสริฐ กังสดาลย์ และ สมชัย บวรกิตติ ก็ได้รายงานผู้ป่วยมีอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอด และมีสารน้ำและอากาศในโพรงเยื่อหุ้มปอดชนิดเกิดเอง, อย่างละ ๑ ราย. ดังนั้นจะเห็นได้ว่าตัวจี๊ดอาจก่อโรคทางปอดได้หลายแบบ, เช่น ปอดอักเสบ, ปอดบวม, เยื่อหุ้มปอดอักเสบ, มีอากาศหรือสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดก็ได้. โรคเหล่านี้เกิดจากตัวจี๊ดเพียงตัวเดียวและเป็นระยะที่ ๕ หรือตัวแก่, ดังนั้นจึงต่างจากกลุ่มอาการ ฮัยเปอร์อีโอสิโนฟีลิค,

ซึ่งเกิดจากพยาธิตัวอ่อนระยะที่ ๓ หรือ ๔ จำนวนมากกว่า ๑ ตัว, ที่จะได้กล่าวต่อไป.

กลุ่มอาการ ฮัยเปอร์อีโอสิโนฟีลิค นี้ ผู้เขียนได้ศึกษาและรายงานไว้เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๐ อาจเรียกว่า "วิสเซอรัล ลาร์วัล ก์แนโซสโตมิเอสิส", ซึ่งมีลักษณะดังนี้ :

๑. มีอาการไข้ต่ำ ๆ คล้ายไข้หวัดนำมาก่อน หลังจากได้รับเชื้อประมาณ ๑—๒ สัปดาห์.

๒. มีอาการปวดท้อง หรือเจ็บบริเวณใต้ชายโครงขวา. บางรายอาจมีลำไส้ส่วนต้นอุดกั้น หรือตกเลือดในทางเดินอาหาร.

๓. มีอาการเจ็บหน้าอก, ไอแห้ง ๆ. เอ็กซเรย์ ปอดอาจพบเยื่อหุ้มปอดอักเสบมีสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด หรือปอดอักเสบ.

๔. มีอาการอ่อนเพลียอย่างมาก.

๕. มี อีโอสิโนฟีล ในเลือดสูง เกิน ๒,๐๐๐ ต่อ ล.มม. จนทำให้มีจำนวนเม็ดเลือดขาวรวมเพิ่มขึ้นด้วย.

๖. มีระยะเวลาของโรคประมาณ ๒—๓ เดือน.

จากลักษณะทางคลินิค จะเห็นได้ว่าคล้ายคลึงกับกลุ่มอาการที่มี อีโอสิโนฟีเลีย อื่น ๆ, เช่น ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย หรือ วิสเซอรัล ลาร์วา ไมแกร์นส, นอกจากมีอาการทางท้องมากกว่า, อาการทางปอดไม่เหมือนหืด, และระยะเวลาของโรคสั้นกว่า, ซึ่งอาจแยกจากกันโดยข้อมูลแสดงไว้ในตารางประกอบ.

ผู้เขียนได้บรรยายผู้ป่วยกลุ่มแรกไว้แล้วที่มีหลักฐานทางระบาดวิทยาชัดเจนว่าจากตัวจี๊ด. พยาธิสภาพที่อธิบายได้อย่างดีจากตัวจี๊ด, กล่าวคือลำดับของอาการเริ่มตั้งแต่ตัวจี๊ดจากอาหารที่กินไชทะลุทางเดินอาหารไปสู่ตับ, แล้วจากตับกระจายไปปอดและกล้ามเนื้อ. บางรายเกิดอาการบวมเคลื่อนที่ตามผิวหนังขึ้น ๔—๖ เดือนภายหลัง และการทดสอบน้ำเหลืองให้ปฏิกิริยาบวกต่อตัวจี๊ด. หลังจากนั้นได้ศึกษาผู้ป่วยอีกประมาณ ๓๐ ราย.

ส่วนมากมีเม็ดเลือดขาวจำนวนเพิ่มขึ้นหลายหมื่นตัวต่อ ล.มม., บางรายถึงหกหมื่น, แต่บางรายก็เกินหมื่นเล็กน้อย. อีโอสิโนฟีล เพิ่ม ๒๐—๘๐ เปอร์เซ็นต. อีโอสิโนฟีเลีย นี้จะเกิดประมาณ ๒ สัปดาห์หลังรับเชื้อ. ดังนั้นในระยะแรกที่มีอาการอาจจะยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงและจะสูงอยู่ประมาณ ๖ สัปดาห์ก็ค่อย ๆ ลดลง.

ข้อคล้ายและข้อแตกต่างระหว่างกลุ่มอาการ อีโอสิโนฟีเลีย ที่สำคัญ, คือ เลอฟฟ์เลอร์, วิสเซอรัล ลาร์วา ไมแกร็นส, ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย, และ ฮัยเปอร์อีโอสิโนฟีลิค

	เลอฟฟ์เลอร์	วิสเซอรัล ลาร์วา ไมแกร็นส	ทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย	ฮัยเปอร์อีโอสิโนฟีเลีย
อายุ	ทุกอายุ	เด็กเล็ก	ทุกอายุ	ทุกอายุ
ประวัติการติดเชื้อ	ไม่มี	กินดิน	อยู่ในถิ่นระบาด	กินอาหารดิบ ๆ สุก ๆ
อาการทั่วไป	เบา	หนัก	หนัก	ปานกลาง
ไข้	ต่ำ ๆ หรือไม่มี	ต่ำ–สูง	ต่ำ–สูง	ต่ำ ๆ ระยะแรก
อาการทางท้อง	ไม่มี	เจ็บบริเวณตับ	ไม่มี	มี อาจรุนแรง
อาการทางปอด	ไอ–เจ็บอก	มีน้อย	มีมาก–หืด	ไอ เจ็บหน้าอกมาก
อ่อนเพลีย	ไม่มี	มีมาก	มีมาก	มีมาก
เอ็กซเรย์ปอด	ปอดอักเสบเลื่อนที่	อาจพบจุดทั่วไป	จุดทั่วไป	เยื่อหุ้มปอดหรือปอดอักเสบ
เม็ดเลือดขาว	ปรกติหรือเกินหมื่น	หลายหมื่น	หลายหมื่น	เกินหมื่นถึงหลายหมื่น
อีโอสิโนฟีเลีย	สูงปานกลาง	สูงมาก	สูงมาก	สูงมาก
ระยะโรค	๑–๒ สัปดาห์	เดือน–ปี	เดือน–ปี	๒–๔ เดือน
ผลรักษา	หายเอง	ไธอะเบนดาโซล	สารหนู, ไดเอธิย์ล–คาร์บามาซีน	หายเอง
วิธีวินิจฉัย	ตรวจอุจจาระหลังมีอาการพบไข่พยาธิ	ไบอ็อปสีย์ ตับ	ไบอ็อปสีย์ ปอด	เพริโตนีโอสโคปีย์

จำนวนเม็ดเลือดขาวจะลดลงก่อน แต่อีโอสิโนฟีเลีย ยังคงอยู่อีกนาน.

การเปลี่ยนแปลงทางปอดรวดเร็วมาก จำเป็นต้อง เอ็กซเรย์ ทุก ๕—๗ วันจึงจะพบลักษณะการเปลี่ยนแปลงในปอดได้. และในบางรายอาจไม่พบการเปลี่ยนแปลงทางปอด. ไขอ็อปสีย์ ของตับมักจะไม่พบอะไรนอกจากมี อีโอสิโนฟิล แทรกอยู่. แต่การทำ เพอริโตนิโอสโคปี้ อาจเห็นลักษณะทางขาว ๆ บริเวณผิวตับ, เกิดจากการไชผ่านของพยาธิได้, และการ ไขอ็อปสีย์ ด้วยการเปิดช่องท้องผ่าตัดอาจเห็นทางเดินผ่านของตัวจี๊ด. การตรวจตับโดยวิธีสแคน ก็อาจช่วยได้, โดยเห็นเป็นการเปลี่ยนแปลงแบบตับอักเสบ และมักเป็นตับกลีบซ้าย.

อาการผู้ป่วยจะเป็นมากหรือน้อยสุดแต่จำนวนตัวจี๊ดที่ได้รับ. อาจมีอาการแทรกซ้อนทางสมองจากพยาธิตัวจี๊ดไชเข้าสมองได้. การวินิจฉัยโรคอาศัยกลุ่มของอาการดังกล่าวเป็นสำคัญ และแยกจากกลุ่มอาการอื่น. ประวัติการกินอาหารที่อาจนำเชื้อได้แน่ชัด, เช่น ส้มฟัก, ปลาดิบ, กุ้งดิบ, กบดิบ ๆ สุก ๆ, เป็นต้น, จะช่วยมากในการวินิจฉัยแยกโรค.

ยังไม่มีวิธีการรักษา. ในรายมีอาการมากอาจให้ สเตรอยด์. ผู้เขียนได้ทดลองใช้ไอโอเบนดาโซล ในขนาด ๑,๐๐๐ มก. ต่อวันในผู้ป่วยสี่ห้าราย, ปรากฏว่า ๒ ราย มีผื่นขึ้นทั้งตัว, มีต่อมน้ำเหลืองโตทั้งตัว, มีไข้หลังให้ยา ๒—๓ วัน. เข้าใจว่าเป็นผลจากปรสิตตายทันทีจำนวนมากให้สารที่เป็น โปรเทอิน ออกมาทันที. เมื่อหยุดยาแล้วอาการก็ค่อย ๆ หายไป คล้ายปฏิกิริยาเฮอร์กซไฮเมอร์. ไม่แน่ว่ายาจะฆ่าตัวจี๊ดในระยะนี้ได้หรือไม่, แต่การทดลองในสัตว์ทดลองไม่ได้ผล.

เอกสาร:

๑. ศัลยสุรัต, ป.: พยาธิสภาพของโรคพยาธิตัวจี๊ดในคน. จ.พ.ส.ท. ๒๔๕๘, ๓๙ : ๒๕.

๒. บุณยคุปต์, ส.: ความรู้ใหม่เรื่องโรคพยาธิตัวจี๊ด. จ.พ.ส.ท. ๒๕๑๐, ๕๐ : ๖๘๖.

๓. Bovornkitti, S., and S. Tandhanand: A Case of Spontaneous Pneumothorax Complicating Gnathostomiasis. Dis. Chest 1959, 35 : 328.

๔. Daengsvang, S.: Human Gnathostomiasis in Siam with Reference to the Method of Prevention. J. Parasitol. 1949, 35 : 116.

๕. Kangsadal, P., and S. Bovornkitti: A Case of Gnathostomiasis with Spontaneous Hydropneumothorax. J. Trop. Med. Hyg. 1960, 13 : 67.

๖. Prijyanonda, B., A. Pradatsundarasar, and V. Viranuvatti: Pulmonary Gnathostomiasis. Ann. Trop. Med. Parasit. 1955, 49 : 121.

๑๔. โรคปอดจาก ส์ชิสโตโสม

ส์ชิสโตโสม เป็นพยาธิใบไม้ที่อาศัยอยู่ในหลอดเลือดของตับและม้าม, ก่อพยาธิสภาพต่อหลอดเลือดทำให้แรงดันเลือดปอร์ตัล สูงขึ้น, จึงมีวงไหลเวียนเลือดสายใหม่เกิดขึ้น, เป็นเหตุให้ตัวปรสิตหรือไข่ของมันเปลี่ยนทางไหลเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของปอด. ถ้าค่อย ๆ เกิดขึ้นช้า ๆ เป็นเวลานานพยาธิสภาพก็เป็น แกรนุโลมา ในปอดโดยไม่เกิด คอร์ พุลโมนาเล. แต่ถ้าไข่พยาธิที่หลุดเข้าไปในปอดมีจำนวนมากทันทีเป็นแบบ เอ็มโบลิสม จะเกิดพยาธิสภาพเป็น หลอดเลือด แดง อักเสบ เรื้อรัง ชนิดมีการอุดกั้นเป็นช่วง ๆ, แกรนุโลมา, และ การเปลี่ยนแปลง ของหลอดเลือดทั่ว ๆ ไปแบบแรงดันเลือดสูงในปอด, เกิด คอร์พุลโมนาเล. แกรนุโลมา ที่เกิดจาก ส์ชิสโตโสมา ฮีมาโตเบียม และ ส์ช. แมนโสไน มีลักษณะเป็นแบบปฏิกิริยาภูมิไวเกินชนิดล่าช้า. ส่วนของ ส์ช. จาโปนิคุม เป็นแบบวัตถุต่างที่. ในระยะต้นของการรับเชื้อผู้ป่วยมีอาการ ทางปอด คล้าย ๆ กลุ่มอาการเลอฟฟ์เลอร์, เรียกว่ากลุ่มอาการ คาทายามา, คือมีอาการไข้, มีเสมหะ, แน่น, เจ็บอก, มีไข้, เม็ดเลือดขาวเพิ่มจำนวน และ อีโอสิโนฟีล เพิ่ม.

ในปัจจุบันโรคนี้ยังไม่เป็นปัญหาในประเทศไทย เพราะปรสิตพบได้น้อย, แต่ในอนาคตอาจเกิดปัญหาขึ้นได้.

เอกสาร :

๑. Andrade, Z.A., and S.G. Andrade: Pathogenesis of Schistosomal Pulmonary Arteritis. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1970, 19: 305.

๒. Warren, K.S., and F.O. Domingo: Branuloma Formation Around Schistosoma Mansoni. S. Haematobium, and S. Japonicum Eggs: Size and Rate of Development, Cellular Composition, Cross-sensitivity, and Rate of Egg Destruction. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1970, 19: 292.

๑๕. โรคปอดจากพยาธิใบไม้ของปอด

พาราโกนิมัส เวสเตอร์มาไน เป็นปรสิตที่ทำให้เกิดโรคในปอดอย่างแท้จริง, เพราะตัวแก่อาศัยอยู่ในปอด. โรคนี้ติดจากการกินปูดิบที่มีเมตาเซอร์คาเรีย. ในประเทศไทยโรคนี้ไม่สำคัญนัก, เพราะพบน้อยและในบางท้องที่เท่านั้น. มิยาซากิ สงสัยว่า พ. เฮเทโรทรีมัส เป็นตัวก่อโรคที่สำคัญกว่า พ. เวสเตอร์มาไน ในคนไทย.

อาการเกิด หลังได้รับเชื้อ ประมาณ ๓ เดือน, คือ มีไอ, เจ็บหน้าอก, เสมหะที่ไอออกมามีลักษณะจำเพาะ, คือเป็นเม็ด

เลือดสีแดงปนน้ำตาล พบได้ ๑๒ เปอร์เซ็นต, หรือเป็นเลือดสดๆ, อาจมีไข้ต่ำๆ, บางรายไม่มีอาการอะไร, แต่บางรายมีอาการของอวัยวะอื่นร่วมด้วย, เช่นอาการทางสมองมีปวดหัวมาก หรือชักแขนลมข้าหมูหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือหมดสติเป็นอัมพาตได้. อาการทางปอดมักเป็นเรื้อรังเพราะปรสิตมีชีวิตอยู่หลายปีอาจเป็นเยื่อหุ้มปอดอักเสบมีสารน้ำหรือหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด, มีอีโอสิโนฟิล มาก, อาจพบไข่จากสารน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด.

ภาพเอ็กซเรย์ มีลักษณะเป็นจุด ๕ เปอร์เซ็นต, เป็นตุ่มหรือตุ่มโพรง ๕๐ เปอร์เซ็นต. ระยะหลังๆก็เป็น ไฟโบรซีส หรือมีหินปูนเกาะจับ. พบได้ทั่วปอด, โดยมากมักเริ่มจากส่วนล่างๆ ปอดและพบกลีบล่างมากกว่ากลีบอื่น, ต้องแยกจากวัณโรคปอด. โทโมแกรม อาจช่วยได้เพราะเห็นลักษณะเป็นถุง. การวินิจฉัยที่แน่นอนอาศัยตรวจเสมหะหรืออุจจาระเพื่อดูไข่, ซึ่งอาจพบได้ ๘๐ เปอร์เซ็นต. การทดสอบทางผิวหนังหรือปฏิกิริยาน้ำเหลืองอาจช่วยแยกจากวัณโรคได้, แต่มักจะให้ปฏิกิริยาข้ามพวกกับพยาธิใบไม้ตัวอื่น, เช่น โอพิสธอร์คิส ซึ่งผู้เขียนเคยศึกษาไว้. ทางด้านการรักษายาที่ดีที่สุดก็คือ บิธิโอนอล (๒, ๒ — ไธโอบิส ๔, ๖ — ไค ฆลโรฟีนอล).

เอกสาร :

๑. Sadun, E.H., and A.A. Buck : Paragonimiasis in South Korea-Immunodiagnostic, Epidemiologic, Clinical, Roentgenologic and Therapeutic Studies. Amer. J. Trop. Med. Hyg. 1960, 9 : 562.

๑๖. โรคปอดจากพยาธิใบไม้ของตับ

โอพิสธอร์คิส ที่พบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนืออาจก่อโรคทางปอดได้. เมื่อ พ.ศ. ๒๔๘๗ มีรายงานจากรัสเซีย ๑ ราย เป็น อ. เฟลีเนียส พบที่หลอดเลือดของปอดจากการตรวจศพ, และ พ.ศ. ๒๕๐๓ บัญญัติ ปรีชญานนท์ และ สุนทร ตันฑนันท์ รายงานผู้ป่วยที่มีรอยทะลุจากท่อน้ำดีในตับขึ้นมาเกิดโพรงฝีที่ปอดและทะลุเข้าสู่หลอดลมโดยผู้ป่วยไอมีไข่พยาธิในเสมหะ. การตรวจศพก็พบไข่ในปอด. แต่โรคนี้คงจะพบน้อย.

เอกสาร :

๑. Golyanitskaya, O.N. : Occurrence of Opisthorchis felineus in the Lung. Problemi Tuberkuleza (Moskow) 1945, 3 : 57. (In Russian). Abstracted in Trop. Dis. Bull. 1950, 47 : 382.

๒. Prijyanonda, B., and S. Tandhanand: Opisthorchiasis with Pulmonary Involvement. Ann. Intern. Med. 1961, 54 : 795.

๑๗. โรคปอดจากตัวอ่อนของพยาธิตัวตืด

ตัวตืดมีหลายชนิด. ในประเทศไทยที่สำคัญมีตัวตืดหมู (ทีเนีย โสเลียม) และตืดวัว (ทีเนีย แสจินาตา), ซึ่งตัวอ่อนซิสติเซอร์คัส อาจพบได้เสมอ, โดยมากตามใต้ผิวหนังหรือในสมอง, ไม่ค่อยพบที่ปอด และขนาดเล็กมาก. ตัวตืดของสุนัข (เอคิโนค็อคคัส แกรนูโลซุส) มีความสำคัญมากกว่า, เพราะเกิดถุงขนาดใหญ่เรียก ฮัยดาติด ซีย์สท ได้ตามอวัยวะทั่วๆไปโดยเฉพาะที่ตับและปอด. เมื่อถุงโตขึ้นเรื่อย ๆ ก็เกิดอาการจากการกดเบียดของก้อน ซึ่งต้องแยกจากถุงหรือเนื้องอกชนิดอื่น ๆ. ถุงอาจแตกเข้าสู่โพรงรอบปอดได้ และทำให้มีอาการหนักถึงชีวิต. การวินิจฉัยด้วยปฏิกิริยาน้ำเหลืองอาจจะช่วยได้บ้าง. ถ้าสงสัยโรคนี้ห้ามเจาะเพราะถ้าถุงน้ำแตกจะเกิดปฏิกิริยารุนแรงมาก. การผ่าตัดเป็นวิธีรักษาที่ได้ผลดีที่สุด.

การวินิจฉัยโรคปรสิตของปอด

จะเห็นได้ว่ามีปรสิตหลายชนิดที่พบอยู่ในประเทศไทยนี้สามารถก่อโรคทางปอดได้, แต่ยากที่จะให้การวินิจฉัยโรคได้แน่นอน. สิ่งสำคัญที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคก็คือความสงสัยโรคนี้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางปอดร่วมกับมีอีโอสิโนฟีเลีย, โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเม็ดเลือดขาวสูงขึ้นด้วย. การถ่ายเอ็กซเรย์ปอดจะต้องทำบ่อยๆประมาณทุก ๕—๗ วัน จึงอาจพบการเปลี่ยนแปลง. การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนว่าปรสิตตัวใดเป็นสาเหตุนั้นต้องพิจารณาหลายประการ.

๑. อายุของผู้ป่วยอาจช่วยแสดงถึงโอกาสการติดโรคปรสิตบางอย่าง, เช่น ท็อกโซคารา พบมากในเด็กเล็ก ๆ.

๒. ภูมิลำเนาขณะเกิดโรคช่วยได้มาก, เช่น ทรอยซีคัส อีโอสิโนฟีเลีย จะพบในบางแห่งเท่านั้น, ในประเทศไทยยังไม่พบ, ตัวจิ๊กอาจพบมากทางภาคกลาง, เป็นต้น.

๓. ประวัติการกินอาหารช่วยมากสำหรับโรคปรสิตที่ติดจากการกิน, เช่น ทริชิโนสิส, ตัวจิ๊ก, พาราโกนิมัส.

๔. อาการและอาการแสดงมักจะคล้าย ๆ กัน, แต่ปรสิตบางตัวอาจจะมีโรคของบางอวัยวะมากกว่าปรสิตตัวอื่น ดังที่ได้

แยกไว้ในตารางแล้ว, หรือลักษณะของโรคปอดที่อาจเป็นแยกเนื่องมาจากโรคอื่นต่างจากโรคที่เกิดขึ้นที่ไปเรื่อย ๆ หรือผิดจากโรคที่สามารถจากอวัยวะอื่น, เช่น ผู้ป่วยในตับมาที่ปอด

๕. การตรวจสิ่งปลกปล่อยต่าง ๆ ต้องสนใจดูทุก ๆ อย่าง, นับตั้งแต่เลือด, อุจจาระ, ปัสสาวะ, เสมหะ, สารน้ำเจาะจากโพรงเยื่อหุ้มปอด, เป็นต้น, และดูอย่างถี่ถ้วน, รวมทั้งการย้อมสีพิเศษเพื่อหาตัวปรสิต, ลาร์วา, ไข่หรือ ศัยสท รวมถึงการเพาะเชื้อด้วย.

๖. การทดสอบผิวหนังหรือ ปฏิกิริยาน้ำเหลือง อาจช่วยได้บ้างสำหรับแยกโรคบางโรคที่ไม่มีปฏิกิริยาข้ามพวกต่อกัน. แต่ในประเทศที่มีปรสิตมากมายหลายชนิดทั้งของคนและสัตว์ เช่น ประเทศไทยทำให้ยากลำบาก, นอกจากในอนาคตจะมีผู้แยก แอนติเจน ที่มีความจำเพาะแน่นอนกับปรสิตนั้น ๆ จึงจะมีประโยชน์มาก.

๗. ไบออปสี่ อาจเป็นวิธีที่แน่นอนที่สุดถ้าสามารถพบปรสิตได้, เช่น ไบออปสี่ จากปอดในราย ทาอยีคัล อิโอสิโนฟีเลีย, จากตับในราย วิสเซอรัล ลาร์วา ไมแกรนส, เป็นต้น. แต่การตรวจชิ้นเนื้อต้องทำด้วยความถี่ถ้วน, คือตัด เล็คชั่น เป็นลำดับชั้นติดต่อกันไปหลาย ๆ ชิ้น หรือทั้งหมด, เพราะปรสิตและ ลาร์วา มักมีขนาดเล็ก. การย้อมวิธีพิเศษทำสำหรับปรสิตตัวที่สงสัยและดูอย่างละเอียดโดยผู้ที่เคยมีความชำนาญ, เพราะปรากฏบ่อย ๆ ว่า สไลด จากชิ้นเนื้อที่พยาธิแพทย์อ่านว่าไม่มีปรสิตได้พบว่ามีปรสิตอยู่โดยนักปรสิต.

๘. การรักษาได้ผลด้วยยาจำเพาะโรคบางอย่างอาจเป็นเครื่องช่วยการวินิจฉัยโรค, เช่น ไดเอธิล์ คาร์บามาซีน ในทรอปิคัล อีโอสิโนฟีเลีย, เป็นต้น.

อีกประการหนึ่งที่จะต้องระลึกไว้เสมอ, คือภาวะที่เรียกว่า อีโอสิโนฟีลิค ป์นิวโมเนีย นี้นอกจากปรสิตแล้วยังเกิดจากโรคอื่นได้, เช่น หืด, โพลีย์อาร์เทไรติสโนโดสา, ฯลฯ รวมทั้งสารเคมีบางอย่างดังเขียนไว้ตอนต้นแล้ว. ประเทศไทยมีปรสิตที่สามารถก่อโรคทางปอดได้หลายตัว แต่มีรายงานหรือการศึกษาในเรื่องนี้น้อยมาก, จึงควรที่แพทย์จะได้สนใจศึกษายิ่งขึ้น.