

### 3

## “หญิงสาวมีหนังตาบวม ท้องบวมและปวดข้อ” ผู้ป่วยหญิงไทยใสดอายุ 19 ปี อาชีพพนักงานทั่วไปที่ กทม.

### อาการสำคัญ

ปวดข้อเข่า อ่อนเพลีย บวมทั้งตัวมา 1 เดือน  
3 เดือนก่อนมา รพ. สังเกตว่าร่างกายอ่อนเพลียผิดปกติ เวลาออกแรงจะเหนื่อย  
1 เดือนก่อนสังเกตเห็นหน้าตาบวม เท้าและท้องบวมๆ และมีปวดเข่าเป็นมากที่เข่าซ้าย  
สังเกตเห็นผมร่วนมากผิดปกติ  
ปัสสาวะปกติ ถ่ายอุจจาระวันละครั้ง ไม่มีอาการท้องเดิน

### อภิปราย

ในผู้ป่วยที่เป็นหญิงสาวมีอาการดังกล่าวโดยเฉพาะผมร่วน ปวดข้อ อ่อนเพลียและบวมทั้งตัวทำให้นึกถึงโรค autoimmune โดยเฉพาะ SLE มากที่สุด

### ผลการตรวจร่างกาย

T 37.6°C PR 90 regular RR 24 BP 110/70  
slightly pale, puffy eyelids and periorbital swelling with slight chemosis of both eyes  
slight pitting oedema of both feet  
shallow ulcer at hard palate  
no liver stigmata  
Abd : generalized distension  
shifting dullness +  
Liver & Spleen : not palpable  
Bowel sounds normal  
palpable small axillary lymph node about 2 cms. in diameter (R) L axilla  
hyperpigmented papules and macules at both ears

### อภิปราย (ต่อ)

ผู้ป่วยมีไข้ มีน้ำในช่องท้องและหนังตาบวมแต่ขาบวมเฉพาะที่เท้าเพียงเล็กน้อย  
ค่อนข้างผิดปกติไปจากผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็น SLE และมี nephrotic syndrome ถ้าตรวจปัสสาวะแล้ว  
ไม่มี การเสียโปรตีนไปในปัสสาวะมาก คงต้องนึกถึงการเสียโปรตีนจากกระเพาะและลำไส้ซึ่งพบได้ใน  
SLE

### ผลการตรวจพิเศษ

Urine : protein trace  
(24 hr. urine protein 153 mg.)  
Hb 10.4    PCV 30.6    MCV 82.7    MCH 28.2    MCHC 34.1    RBC  
3.7x10<sup>6</sup>  
WBC 7,220    N 66    L 27    M 3    E 4  
Platelets 225,000  
ESR 62 mm/hr.  
FBS 96    BUN 15    Cr 1.0    Cholesterol 207  
TP 66.7/alb 24.4  
Free T<sub>4</sub> 1.1 (1.0-2.8)    TSH 1.4 µg/dl (0.4)  
Cortisol 12.5 at 8 am (normal 8-16)  
Faeces : yellowish brown, no ova, cyst or parasite  
no fat globules  
SGOT 45    PT 69    CH50 12%  
ANA +ve    peripheral pattern titre 1:64  
homogeneous pattern titre > 1:256  
anti-dsDNA (immunofluorescent)  
+ve titre > 1:2560  
anti Sm +ve  
anti RNP -ve  
Pleural fluid : slightly yellowish, RBC 4400, WBC 43/cu.mm all PMN  
total protein 41.4  
LDH 92  
Pleural & peritoneal fluid : no growth  
ทำ <sup>99m</sup>Tc albumin scan : increased radiodensity in distal oesophagus,  
stomach and colon

### อภิปรายเพิ่มเติม

ผู้ป่วยรายนี้เป็น SLE แน่ชัด อาการบวมที่หน้าและช่องท้องอีกทั้งยังมี pleural effusion ด้วยเป็นผลจากโปรตีนในเลือดต่ำ ตับคล้ำไม่ได้และผลการตรวจหน้าที่ของตับก็ไม่ผิดปกติ cholesterol ในเลือดก็ปกติ จึงน่าจะถึงการเสียโปรตีนทางระบบทางเดินอาหารหรือ protein-losing enteropathy (PLE) มากที่สุด

PLE เป็นภาวะที่แพทย์ไม่ค่อยทราบดีหรือให้ความสนใจมาก ต่างจากภาวะที่ลำไส้ดูดซึมโปรตีนที่ย่อยแล้วไม่ได้ (malabsorption syndrome) ถึงแม้ภาวะที่กล่าวทั้งสองจะมีผลทำให้ albumin ในเลือดต่ำ PLE อาจเป็นผลจากโรคที่ทำให้เกิด lymphatic obstruction จาก congestive heart failure โดยเฉพาะจาก constrictive pericarditis และจากโรค Menetrier หรือ giant hypertrophic gastritis PLE จาก SLE เพิ่งเป็นที่รู้จักกันไม่ถึง 40 ปี (เอกสารหมายเลข 1 และ 2) ผู้ป่วยส่วนมากเป็นหญิงสาวหรือเด็กและมักจะมีอาการและการสำแดงโรค SLE ที่ระบบอื่นเช่นผู้ป่วยรายนี้ เป็นโรคที่พบน้อยแต่ในประเทศไทยก็มีรายงานไว้แล้วโดยผมคิดว่ารายงานของอาจารย์พินเอกแพทย์หญิงไพจิตต์ อัครธนบดี อาจารย์นายแพทย์สุรพล สุรางค์ศรีรัตน์ และอาจารย์นายแพทย์เจตนา เรื่องประจำปี จาก

วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า (เอกสารหมายเลข 3) ดูเหมือนจะเป็นรายแรก ผู้ป่วย SLE ส่วนใหญ่ที่บวมหน้ามักเป็น ผลจากการเสียโปรตีนทางไต PLE ที่รายงานไว้ในวารสารมีประมาณ 50 ราย ล่าสุดที่ผ่านตามผมเป็นรายงานจากสิงคโปร์ที่ผู้ป่วย PLE มี primary sclerosing cholangitis ร่วมด้วย (เอกสารหมายเลข 4)

การสำแดงโรค SLE ที่ระบบทางเดินอาหารมีหลายรูปแบบ เพื่อให้จำได้ง่ายผมมักจะแบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ

1) ที่กระเพาะและลำไส้ เช่น mesenteric vasculitis ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ลำไส้เสียจาก infarction ได้ และภาวะ PLE เป็นต้น

2) ที่ตับและถุงน้ำดี เช่น chronic active hepatitis และ sclerosing cholangitis ที่กล่าวมาแล้ว

3) ที่ pancreas เช่น pancreatitis

และ 4) ที่ peritoneum ซึ่งแพทย์มักไม่ค่อยนึกถึง อาการปวดท้องที่พบในผู้ป่วย SLE อาจจะมาจากการเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) เมื่อไม่นานมานี้ก็มีรายงานผู้ป่วยหญิงจากสหรัฐฯ 1 รายที่มีน้ำในช่องท้องมากรวดเร็วเป็นอาการนำผู้ป่วยไปหาแพทย์ (เอกสารหมายเลข 5)

หันกลับมาพูดถึง PLE การวินิจฉัยว่ามีโปรตีนรั่วออกทางผนังลำไส้อาศัยการฉีดสารที่มีกัมมันตภาพรังสี เช่น chromium-51, technetium-99 ที่ติดไว้กับ human serum albumin หรือใช้ I-131-PVP (polyvinylpyrrolidone) เข้าหลอดเลือดดำแล้วตรวจพบสารดังกล่าวในระบบทางเดินอาหารในอุจจาระ (เอกสารหมายเลข 6) อีกวิธีหนึ่งก็คือ การพบปริมาณ alpha-1-antitrypsin เพิ่มในอุจจาระ ซึ่งไม่ต้องใช้สารกัมมันตรังสีและสะดวกสำหรับการติดตามผลการรักษาด้วย (เอกสารหมายเลข 7)

การรักษาผู้ป่วย PLE นอกจากการให้อาหารเสริม เช่น นมถั่วเหลืองแล้วการใช้ prednisolone ร่วมกับ azathioprine ได้ผลดีพอสมควรโดยรายงานล่าสุดจากฮ่องกง (เอกสารหมายเลข 8) รักษาผู้ป่วยถึง 16 ราย ติดตามผู้ป่วยเป็นเวลาเกือบ 5 ปี พบว่า 14 รายมีโปรตีนที่รั่วผ่านลำไส้เล็ก 11 ราย และลำไส้ใหญ่ 5 ราย หลังรักษาได้ 6 เดือนผู้ป่วย 14 รายหายขาด 1 รายดีขึ้นมากและมีเพียงรายเดียวที่ยาทั้งสองไม่ได้ผล

ผมขอย้ำอีกครั้งว่า PLE เป็นภาวะที่พบได้ไม่บ่อยแต่อย่าลืมนึกถึงมันในผู้ป่วย SLE ที่บวมทั้งตัวโดยเฉพาะถ้ามีน้ำในช่องท้องและตรวจโปรตีนไม่พบในปีสภาวะ!

### แนะนำเอกสาร

- 1) Waldmann TA. Protein-losing enteropathy. Gastroenterology 1966; 50: 422-43.
- 2) Pachas WN, Linscheer WG, Pinals RS. Protein-losing enteropathy in systemic lupus erythematosus. Am J Gastroenterol 1971; 55: 162-7.
- 3) Asavatanabodee P, Surangsrirat S, Reungprateep J. Lupus-associated protein-losing enteropathy: report of a case and literature review. Intern Med J Thai 2002; 18: 262-9.
- 4) Oh DC, Ng TM, Ho J, Leong KP. Systemic lupus erythematosus with concurrent protein-losing enteropathy and primary sclerosing cholangitis: a unique association. Lupus 2006; 15: 102-4.

- 5) Weinstein PJ, Noyer CM. Rapid onset of massive ascites as the initial presentation of systemic lupus erythematosus. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 302-3.
- 6) Waldmann TA, Wochner RD, Strober W. The role of the gastrointestinal tract in plasma protein metabolism. *Am J Med* 1969; 46: 275-85.
- 7) Florent C, L'Hirondel C, Desmazes C, Aymes C, Bernier JJ. Intestinal clearance of A-1 antitrypsin: a sensitive method for the detection of protein-losing enteropathy. *Gastroenterology* 1981; 81: 777-80.
- 8) Mok CC, Ying KY, Mak A, To CH, Szeto ML. Outcome of protein-losing gastroenteropathy in systemic lupus erythematosus treated with prednisolone and azathioprine. *Rheumatology (Oxford)* 2006; 45: 425-9.