

5

“หงุดหงิด โมโหง่าย ซีดและปวดท้อง”

ผู้ป่วยชายโสด อายุ 18 ปี เป็นนักเรียนในกทม.

อาการสำคัญ

มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องและอาเจียนมา 1 เดือน
เริ่มมีอาการปวดท้องที่บริเวณลิ้นปี่และรอบสะดือ ปวดบีบๆ จี๊ดๆ ปวดเป็นครั้ง
คราว บางครั้งมีคลื่นไส้และอาเจียน ไม่มีไข้
ในระยะเวลาที่เริ่มไม่สบาย บางครั้งอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย หงุดหงิดและโมโห
ง่าย ญาติหักว่าผู้ป่วยหน้าตาซีด

อภิปราย

ปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้คือ อาการปวดท้องแบบ colic ซีดอ่อนเพลีย
และเหนื่อยง่ายซึ่งคงจะเป็นจากโลหิตจางและอาการหงุดหงิดโมโหง่าย

เมื่อวิเคราะห์อาการปวดท้องเพื่อหาสาเหตุ ลักษณะอาการปวดและตำแหน่งที่
ปวดมีความสำคัญมาก ปวดท้องแบบ colic หมายถึงการที่อวัยวะที่กลวง เช่น ลำไส้ ท่อไต
หรือแม้กระทั่งมดลูกบีบตัวแรงผิดปกติเพราะมีอะไรไปอุดกั้นทางเดินในท่อหรือในโพรง หรือ
ไม่เช่นนั้นเป็นเพราะระบบประสาทออโรโตโนมิก ในกรณีนี้ก็คือประสาท parasympathetic ถูก
กระตุ้นให้ทำงานมากผิดปกติ ตำแหน่งที่ปวดรอบสะดือเป็นตำแหน่งที่เกิดขึ้นเมื่อลำไส้เล็กจาก
ส่วนกลางของ duodenum ถึงสุด ascending colon รวมไส้ติ่งมี peristalsis มากหรือรุนแรง
ผิดปกติจากการกระตุ้น superior mesenteric nerve plexus

ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องดังกล่าวมา 1 เดือน โลหิตจาง คงต้องนึกถึงโรคใน
ลำไส้เล็กที่อาจทำให้เสียเลือดด้วยหรือพิษจากตะกั่วและโรค porphyria ซึ่งโรคทั้งสองที่กล่าวนี้
น่าสนใจมากที่ให้อาการปวดท้องแบบนี้คล้ายๆ กัน และกลไกการทำให้เกิดอาการปวดท้อง
แบบ colic จากการกระตุ้น parasympathetic nerve plexus โดย protoporphyrins หรือ
haem products ก็คล้ายๆ กัน โรคทั้งสองทำให้มีอาการทางจิตประสาทได้หลากหลาย
ตั้งแต่อาการหงุดหงิด โมโหง่ายไปจนถึงหมดสติ ชักและรากประสาทและประสาทส่วนปลาย
ผิดปกติเกิดอัมพาตแขนขา เป็นต้น

ควรซักประวัติผู้ป่วยรายนี้เพิ่มเติมว่า มีอุจจาระดำหรือถ่ายเป็นเลือดหรือไม่ ?
มีประวัติรับประทานหรือหายใจสูดพิษตะกั่วเข้าร่างกายหรือมีลูกปืนตะกั่วฝังอยู่ในตัวหรือไม่
เมื่อตรวจร่างกายควรมองหา lead line ที่เหงือกด้วย

ประวัติเพิ่มเติม

เมื่อ 4-5 ปีก่อนผู้ป่วยเคยปวดท้องแน่นๆ เหมือนอาหารไม่ย่อยไปรักษากับ
แพทย์ที่คลินิก แพทย์ว่าเป็นโรคกระเพาะ อาการดีขึ้น เมื่อ 3 เดือนก่อนมีอาการอีกแต่ไม่
มาก ไปหาพระภิกษุที่รู้จักกัน ผู้ป่วยได้ยาลูกกลอนมารับประทาน ยามีกระดาษ foil หุ้มอยู่
ผู้ป่วยกลืนยาทั้งกระดาษหุ้มหลายเม็ด

	MCH		25.1	
25.8		27-32 pg		
	MCHC		32.5	
32.6		32-36		
	WBC		11200	
5200		4500-10700		
	N		95	56
	L		3	
40				
	M			2
4				
	RBC		3.9	
3.99		$4.6.6.2 \times 10^6$		
	aniso-		few	
few				
	poikilo			few
few				
	microcytic		1+	1+
	hypochromic		1+	1+
	polychromasia		1+	1+
	Burr cells			few
few				
	Ovalocytes		few	few
	Reticulocytes		19.1%	19%
	basophilic stippling	1%		2%
	Platelets			32,700
247,000		150,000-400,000		
	G.6PD	normal		
	Hb typing	A 97	A ₂ 3%	
	Urine :	sp gr 1.025	pH 6.5	
		no protein, glucose or blood		
	Blood lead level	112.78		
	zinc protoporphyrin	146		
	ALA-D	12		
	Urine :	ALA > 6 mg/L	(normal 0-6)	
	CP ₃	1712.20 µg/L	(0-200)	

อภิปราย (ต่อ)

ผู้ป่วยรายนี้ก็จะเป็นโรคพิษจากตะกั่วแน่นอนจากผลการตรวจเลือดและปัสสาวะ ก็คงต้อง ให้ chelating agent เช่น EDTA

ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้ป่วยได้ยา Calcium EDTA และตรวจปัสสาวะหลังให้ยาพบว่ามีการตะกั่ว ออกมาทางปัสสาวะมากตามผลข้างล่างนี้

จำนวนตะกั่วทั้งหมด (mg)		ตะกั่ว	ปัสสาวะ
		(mg/L)	(L)
2375	ก่อนได้ยา	1250.55	1.97
7210.67	24 ชั่วโมงหลังให้ยา	2090.05	3.45
8172	48 ชั่วโมงหลังให้ยา	2043	4.0

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อย และเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้วก็ได้มาตรวจที่แผนก ตรวจผู้ป่วยนอกเป็นระยะๆ และ 9 เดือนต่อมาผู้ป่วยแข็งแรงดี ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที B.P. 120/80 มม.ปรอท ได้ตรวจเลือดพบระดับตะกั่ว 48.5 mg/dl

อภิปรายเพิ่มเติม

โรคพิษจากสารตะกั่วเป็นที่รู้จักกันมากกว่า 2000 ปีแล้ว นัยว่า Hippocrates เป็นคนแรกที่เขียนเรื่องอาการปวดท้องจากพิษตะกั่ว (lead colic) อาการดังกล่าวมักพบ ร่วมกับอาการท้องผูกและพบได้ทั้งๆ ที่พิษยังไม่มากเช่นเดียวกับอาการหงุดหงิด โมโหง่าย เฉื่อยชา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแขนขาและลำตัว และอาการเป็นเหน็บชาปลายมือและเท้า ผู้ป่วยมักจะผอมลง ส่วนอาการซีด ซักหมดสติและประสาทส่วนปลายที่ควบคุมกล้ามเนื้อ มักจะเกิดเมื่อผู้ป่วยได้รับพิษตะกั่วเข้าไปมาก ระดับตะกั่วในเลือดที่มีค่าสูงกว่า 10 μg ต่อ dl จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ตะกั่วไปยับยั้ง enzymes ที่ใช้ในการสังเคราะห์ haem ในเม็ดเลือดแดงโดยเฉพาะ aminolevulinic acid dehydratase และ ferrochelatase จึงทำสาร 5-aminolevulinic acid (ALA) และ zinc protoporphyrin (ZPP) คั่ง การวินิจฉัยพิษจากสาร ตะกั่วจึงอาศัยการวัดระดับของ ALA และ ZPP ในเลือดและปัสสาวะดังเช่นในกรณีผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งระดับของตะกั่วในเลือดก็สูงมากผิดปกติด้วย

พิษจากสารตะกั่วเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในบ้านเรา ผมจึงแนะนำบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ที่เขียนโดยนักวิจัยไทยมาไว้ด้วย

แนะนำเอกสาร

- 1) Aw TC, Vale JA. Poisoning from metals. In : Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Vol. 1. Eds. Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press. Oxford. 1996; pp. 1109-11.
- 2) McColl KEL, Dover S, Fizesimons E, Moore MR. Porphyrin metabolism and the porphyrias. In : Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Vol. 2. Eds. Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press. Oxford. 1996; pp. 1388-99.
- 3) Visvanathan R. Is it truly dementia ? Case Report. Lancet 2001; **357**: 684.
- 4) Rosen JF, Mushak P. Primary prevention of childhood lead poisoning - The only solution. N Eng J Med 2001; **344**: 1470-1.
- 5) Rogan WJ, Dietrich KN, Ware JH, et al. The effect of chelation therapy with succimer on neuropsychological development in children exposed to lead. N Engl J Med 2001; **344**: 1421-6.
- 6) Sirivarasai J, Kaocharern S, Wananukul W, Sirapha C, Tongpoo A, Srisomeran P. Blood lead levels in a high-risk occupational group. J Environ Med 2001; **3**: 71-9.
- 7) วิยะดา แสนศรีมหาชัย เสริมทรัพย์ วรรณกะวิกิรนต์ วนิดา ศศิวิมลกุล. ระดับตะกั่วในเลือด ตำรวจจราจรกรุงเทพมหานคร วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; **10**: 91-6.
- 8) Stewart WF, Schwartz BS, Simon D, Bolla KI, Todd AC, Links J. Neurobehavioral function and tibial and chelatable lead levels in 543 former organolead workers. Neurology 1999; **52**: 1610-7.
- 9) Sithisarankul P. Molecular epidemiology and lead poisoning. Intern Med J Thai 2001; **17**: 147-56