

## “ชวานาจากร้อยเอ็ดท้องร่วงเรื้อรัง”

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 27 ปี จาก อ.อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

### อาการสำคัญ

ถ่ายอุจจาระเหลวมา 3 เดือน

เหนื่อยง่าย ทำบวมมา 6 เดือน

ผู้ป่วยสังเกตว่า 6 เดือนก่อนมา รพ. ขณะทำงานได้ไม่นาน รู้สึกเหนื่อย ไม่ค่อยมีแรง อ่อนเพลีย จึงต้องหยุดทำงานแต่ยังพอทำงานบ้านได้ เดินไปไหนมาไหนในบ้านไม่เหนื่อยและนอนราบได้

3 เดือนต่อมาสังเกตว่าถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากขึ้น ถ่ายวันละ 2 ถึง 3 ครั้งตอนกลางวัน และ 1 ถึง 2 ครั้งตอนกลางคืน แต่ครั้งถ่ายเป็นน้ำมีเศษอาหารที่ไม่ย่อยปนด้วย ปริมาณครั้งละ 2-3 ถ้วยแก้ว มีกลิ่นเหม็นคาว ไม่มีมูกหรือเลือด บางครั้งมีปวดท้อง ปวดบิดๆ ต้องงอตัวขณะถ่าย บางวันมีคลื่นไส้อาเจียนและเบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดไป 10 กิโลกรัม

ผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด ต่อมาญาติแนะนำให้สมุนไพรรักษา แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงมารักษาตัวที่ กทม.

ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ไอ บัสสาวะปกติและนอนราบได้

### อภิปราย

ปัญหาหลักของผู้ป่วยรายนี้ก็คือ อาการท้องร่วงเรื้อรัง ถ้าให้นิยามอาการท้องร่วงว่าถ่ายอุจจาระบ่อยผิดปกติ อุจจาระเหลวผิดปกติหรือมีปริมาณมากผิดปกติ ผู้ป่วยรายนี้ก็เข้าได้ทั้ง 3 ประการ ในยุโรปมีผู้เสนอนิยามให้รัดกุมขึ้นโดยกำหนดว่า ถ่ายอุจจาระเหลววันละเกิน 3 ครั้งหรืออุจจาระที่ถ่ายใน 24 ชั่วโมงมีน้ำหนักเกิน 200 กรัม (เอกสารหมายเลข 1) เมื่อมีผู้ป่วยท้องร่วง ผมนึกหาสาเหตุโดยพิจารณาเป็นขั้นตอนดังนี้

1) ผู้ป่วยเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่

2) ท้องร่วงเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

และ 3) พิจารณาลักษณะอุจจาระผู้ป่วยโดยแบ่งเป็น

อุจจาระเป็นน้ำมีหรือไม่มีเศษอาหารปน

อุจจาระปนมูกเลือด

อุจจาระเป็นน้ำมีไขมันปน

การเริ่มดูจากลักษณะอุจจาระผู้ป่วยพอจะทำให้ทราบว่า ระบบทางเดินอาหารส่วนไหนผิดปกติมากจนเป็นเหตุให้เกิดท้องร่วง เช่น ถ้ามีมูกเลือดปนก็นึกถึงการอักเสบที่ลำไส้ใหญ่ ถ้าถ่ายเป็นน้ำมีเศษและกากอาหารปน เป็นเรื้อรังเช่นผู้ป่วยรายนี้ก็นึกถึงพยาธิสภาพที่ลำไส้เล็ก

อาการทำบวมและเหนื่อยง่ายอาจเป็นผลจากการเสียโปรตีนไปกับอุจจาระทำให้โปรตีนในเลือดต่ำก็ทำให้ทำบวม นอกจากนี้การดูดซึมเหล็กไม่ดี ผู้ป่วยอาจมีโลหิตจางทำให้เหนื่อยเพลียได้ ผลการตรวจร่างกายอาจจะช่วยให้การวินิจฉัยได้มาก

### ผลการตรวจร่างกาย

Wt. 33.2 kgs Ht. 148 cms

T 37°C PR 120 regular BP 100/60 RR 32  
alert, well orientated  
mild, pale, dry skin, thin hairs  
hyperpigmented maculopapular rashes over trunk. Raw, beefy tongue.  
Legs : pitting oedema 2+  
Abdomen : scaphoid, no ascites  
Liver 3FB below @ costal margin  
spleen not palpable  
increased bowel sounds  
no lymphadenopathy  
Other systems : normal

ผู้ป่วยรายนี้มี malabsorption syndrome จะเห็นได้จากน้ำหนักน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ประมาณ 10 กิโลกรัม ลื่นเปลี่ยนสีแดงจากการขาดวิตามิน เช่น Niacin หรือ B12 และซีดเพราะโลหิตจางจากขาดเหล็ก วิตามินบี 12 และ folic acid ขาดโปรตีนทำจึงบวมและตับโตอาจเป็นจากมีไขมันคั่งได้

การวินิจฉัยแยกโรคต้องนึกถึงสาเหตุที่ทำให้ลำไส้เล็กผิดปกติ ได้แก่

1) โรคติดเชื้อแบคทีเรียและพยาธิ

ผู้ป่วยไม่มีไข้ ถ้าดูให้แน่ชัดว่าไม่เป็น immunocompromised host จากโรค HIV ก็ต้องนึกถึง พยาธิที่พบในภูมิภาคนี้ที่ผู้ป่วยที่เป็นชาวานาอาศัยอยู่ พยาธิเซลล์เดียว เช่น giardiasis ทำให้ท้องร่วงเรื้อรังได้แต่จะไม่รุนแรงแบบนี้ ส่วน Cryptosporidiosis ทำให้มีอาการท้องร่วงรุนแรงได้แต่พบในผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องจากเชื้อ HIV ในบรรดาหนอนพยาธิ Strongyloidiasis ทำให้มีอาการท้องเดินได้แต่ไม่มากเหมือนผู้ป่วยรายนี้ พยาธิ Capillaria philippinensis ทำให้เกิดอาการแบบนี้ได้แน่ เพราะฉะนั้นสิ่งแรกที่แพทย์จะต้องตรวจอย่างละเอียดเป็นพิเศษก็คือ การตรวจอุจจาระ อาจจะต้องตรวจหลายครั้งและต้องรู้จักหรือปรึกษาผู้รู้เป็นผู้ตรวจให้

วัณโรคที่ลำไส้หรือมีในท้องก็มีอาการแบบนี้ได้ แต่ผู้ป่วยมักมีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโตตามตัวโตบ้าง ถ่าย x ray หน้าอกจะช่วยมากเพราะมักมีวัณโรคปอดร่วมด้วย ที่ควรทราบด้วยเกี่ยวกับวัณโรคที่ลำไส้ก็คือ อุจจาระบางครั้งอาจมีเลือดและมูกได้ ในต่างประเทศแพทย์มักจะมองข้ามโรคนี้ไปให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคลำไส้อักเสบ เช่น Crohn's disease (เอกสารหมายเลข 2 และ 3) ส่วน Whipple's disease หรือ intestinal lipodystrophy เกิดจากเชื้อ Tropheryma whippelii ซึ่งเป็นแบคทีเรียชนิด gram-positive actinomycete นายแพทย์ George Whipple นายแพทย์ชาวสหรัฐฯ จากมหาวิทยาลัย Johns Hopkins เป็นผู้รายงานผู้ป่วยเป็นคนแรก ในปี ค.ศ. 1907 (เอกสารหมายเลข 4) นอกจากนี้ท้องเดินเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยซึ่งมักเป็นผู้ชายอายุจะประมาณ 50 ปีมีไข้ ปวดข้อและมีอาการทางระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อม หน้ากระดูก เป็นต้น ผู้ป่วยมีอาการหลายระบบเพราะเชื้อแบคทีเรียแพร่กระจายได้ เท่าที่ทราบยังไม่มีผู้ใดพบโรคนี้ในประเทศไทย

2) กลุ่มโรคลำไส้อักเสบที่ไม่เกิดจากเชื้อโรคเช่นกลุ่มที่ 1 ได้แก่ Crohn's disease และ ulcerative colitis ซึ่งอาการท้องร่วงจะมีอุจจาระมีมูกและเลือดปน ส่วนโรค microscopic colitis มี 2 ประเภท คือ collagenous และ lymphocytic colitis ทำให้เกิดท้องร่วงเรื้อรัง อุจจาระเป็นน้ำอาจถ่ายวันละ 10-20 ครั้ง บางครั้งถ่ายมากตอนกลางคืน ผู้ป่วยเป็นหญิงถึงร้อยละ 90 แต่ส่วนมากอายุเกิน 56 ปี เป็นโรคที่พบน้อย (เอกสารหมายเลข 5) ดูเหมือนจะยังไม่มียารักษาจากประเทศไทย

3) Coeliac disease เป็นได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีลำไส้เล็กอักเสบจากพันธุกรรมเป็นปัจจัยหลัก ผู้ป่วยมักมี HLA DQ2 และ DQ8 และมีการกระตุ้นให้เกิดโรคจาก gluten ซึ่ง

เป็นโปรตีนที่พบในข้าวสาลี นอกจากนี้โปรตีนอื่นที่พบในข้าว barley หรือ rye ก็ก่อให้เกิดโรคในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ (เอกสารหมายเลข 6)

4) กลุ่มโรค autoimmune connective tissue disease เช่น SLE บางครั้งทำให้เกิดอาการท้องร่วงถึงแม้ว่าจะไม่มากอย่างผู้ป่วยรายนี้ แต่ทำให้เกิดภาวะการเสียโปรตีนจากลำไส้เล็กหรือ protein-losing enteropathy ได้ เมื่อเร็วๆ นี้คณะแพทย์จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าก็เพิ่งรายงานผู้ป่วยหญิงไทยไว้ 1 ราย (เอกสารหมายเลข 7)

5) กลุ่มโรคมะเร็งที่ลำไส้โดยเฉพาะ intestinal lymphoma นอกจากนี้ยังมีโรค alpha chain disease (ACD) หรือเดิมเรียก Mediterranean lymphoma เพราะผู้ป่วยที่รายงานมาแต่แรกมาจากแถบเมดิเตอร์เรเนียน ปัจจุบันเรียกโรค immunoproliferative small intestinal disease (IPSID) ผู้ป่วยด้วยโรคที่ว่ามานี้บางรายต่อมากลายเป็นโรค lymphoma (เอกสารหมายเลข 8)

นอกจากโรคที่เกิดที่ลำไส้เล็กแล้ว ก็มี 6) โรคที่ตับอ่อน คือ chronic calcific pancreatitis ที่พบได้มากในแอฟริกาและอินเดีย ผู้ป่วยมีทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เอกซเรย์ต้องเห็นแคลเซียมที่บริเวณตับอ่อนได้บ่อย

ผมพยายามแบ่งกลุ่มสาเหตุที่ทำให้เกิดท้องร่วงเรื้อรังมาเพื่อสะดวกแก่การจำ ถึงแม้จะไม่ครอบคลุมทุกสาเหตุก็ตาม

ผลการตรวจพิเศษอย่างอื่นนอกจากการตรวจจุลจากรจะช่วยให้ทราบถึงสภาพทศพโภชนาการและช่วยในการให้การรักษาผู้ป่วยได้มาก

#### ผลการตรวจพิเศษ

Hb 8.0    PCV 23.6    MCV 82    MCH 24.6    MCHC 31.3    RBC  
2.88x10<sup>6</sup>

HbA 83.4    HbE 16.6

WBC 20200    N 93    E 2    M 4    B1

Platelets ปกติ

Urine : protein trace, WBC 10/HPF  
glucose -ve

TP 66.5/alb 23.5

TB 1.5/DB 0.5

Chol 139    TG 209

SGOT 103    PT 50    GGT 470    Alk Phos 497

FBG 171    BUN 29    Cr 5.7

Na<sup>+</sup> 124    K<sup>+</sup> 2.9    Cl<sup>-</sup> 117

CO<sub>2</sub> 19.5    Mg<sup>++</sup> 1.4

Serum Fe 23.6    TIBC 34.7 = 67%

Chest x ray ปกติ

Stool Exam : yellow-greenish, soft  
numerous fat globules (Sudan black stain)  
occult blood negative  
adult form of Capillaria identified, no eggs

Rectal swab culture grew E. coli, enterococci, coagulase negative staph. and yeasts

## อภิปรายเพิ่มเติม

*Capillaria philippinensis* เป็นหนอนพยาธิตัวกลมชนิดหนึ่ง (nematode) ในตระกูล The Capillariids ซึ่งปัจจุบันแบ่งได้เป็น 16 genera มี 3 ชนิดที่พบว่าเป็นพยาธิในคน *Aonchotheca* หรือ *Capillaria* เป็นหนึ่งในสามชนิดนั้น มีคนพบ *C. philippinensis* ว่าก่อโรค - เป็นครั้งแรก เมื่อ ค.ศ. 1962 ในผู้ป่วยชาวฟิลิปปินส์ที่มีอาการผอม ซีด ท้องมาร ต่อมาพบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากถึง 1400 ราย ในระหว่างปี ค.ศ. 1967-1970 ในจำนวนนั้น 95 รายถึงแก่กรรม ในบ้านเรา ศาสตราจารย์นายแพทย์ อานนท์ ประทัดสุนทรสาร นายแพทย์กำพล เพชรานนท์ นายแพทย์ชาติรี จินตนาวงศ์ และแพทย์หญิงประสพศรี อึ้งถาวร รายงานผู้ป่วยไทยรายแรกจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อ ค.ศ. 1973 (เอกสาร หมายเลข 9) ต่อมาก็มีผู้รายงานประปรายมาตลอดส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจากภาคอีสานและภาคเหนือ (เอกสารหมายเลข 10 ถึง 14) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชายอายุ 20-50 ปี ติดโรคจากการกินปลาน้ำจืดที่ไม่สุกที่มีพยาธิตัวอ่อนอยู่ในเนื้อ พยาธิไปเจริญในผนังลำไส้เล็กผสมพันธุ์กัน ตัวเมียออกไข่ ฟักเป็นพยาธิตัวอ่อน ก่อโรคมากขึ้นและยังติดต่อไปยังผู้อื่นรวมทั้งปลาได้ ปลาน้ำจืดตัวเล็กหลายชนิดจึงเป็น intermediate host ของพยาธิชนิดนี้ และจากการทดลองของศาสตราจารย์นายแพทย์มัญญู ไพบูลย์ และคณะจากมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า นกที่กินปลาพวกนี้เป็นอาหารอาจจะเป็น definitive host ซึ่งต่อมาก็ได้รับการยืนยันจากนายแพทย์ John Cross จากหน่วยวิจัยทางการแพทย์กองทัพเรือสหรัฐฯ ที่กรุงมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อ 10 กว่าปีมาแล้ว (เอกสารหมายเลข 15 และ 16)

นอกจากประเทศฟิลิปปินส์และประเทศไทยแล้ว ก็เคยมีรายงานผู้ป่วยด้วยพยาธิตัวนี้จากประเทศอิหร่าน ญี่ปุ่น อียิปต์ ไต้หวัน โคลัมเบีย เกาหลี อินโดนีเซีย อินเดียและมอรอคโค (เอกสารหมายเลข 17)

สรุป ลักษณะเด่นของโรคนี้ ก็คือ ท้องร่วงเรื้อรังและภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นแพทย์ไทยทุกคนเมื่อพบผู้ป่วยด้วยอาการดังกล่าวต้องตรวจอุจจาระผู้ป่วยก่อนเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยชาวชนบท ต้อง ตรวจซ้ำหลายครั้งเพราะทราบกันแล้วว่า บางครั้งอุจจาระที่ถ่ายออกมาไม่มีพยาธินี้ได้ เมื่อตรวจพบจะได้ทุนทั้งเวลาและเงินโดยไม่ต้องทำการตรวจพิเศษอย่างอื่นอีกหลายอย่าง และให้การรักษาให้หายขาดได้ง่าย ยา mebendazole และ albendazole ก็หาง่ายราคาไม่แพง ให้ยาเพียง 10-20 วัน ผู้ป่วยก็จะหายดี ไม่มีอาการเกิดขึ้นอีก

## แนะนำเอกสาร

- 1) Forbes A. Investigation of diarrhoea in adults. Clin Med JRCPL 2002; 2: 410-4.
- 2) Magira EE, Gounaris T, Pantelidaki C, Sioula E. Case Report. Diarrhoea and ulcers. Lancet 2003; 362: 534.
- 3) Kaushik SP, Bassett ML, McDonald C, Lin BP, Bokey EL. Gastrointestinal tuberculosis simulating Crohn's disease. J Gastroenterol Hepatol 1996; 11: 532-6.
- 4) Chaudhry V, Ravich WJ. Other neurological disorders associated with gastrointestinal, liver or pancreatic diseases. In: Neurology and General Medicine. Third Edition. Ed. Aminoff MJ. Churchill Livingstone. New York. 2001; pp. 247-59.

- 5) Pokorny CS, Selby WS. Microscopic colitis: an underdiagnosed cause of chronic diarrhoea – the clue is in the biopsies. Intern Med J 2003; **33**: 305-9.
- 6) Green PHR, Jabri B. Coeliac disease. Lancet 2003; **362**: 383-91.
- 7) Asavatanabodee P, Surangsirat S, Reungprateep J. Lupus-associated protein-losing enteropathy: Report of a case and literature review. Intern Med J Thai 2002; **18**: 262-9.
- 8) Wright SG. Gastrointestinal Diseases. In: Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases. Eighth Edition. Ed. Strickland GT. WB Saunders Co. Philadelphia. 2000; pp. 15-27.
- 9) Pradatsundarasar A, Pecharanond K, Chintanawongs C, Ungthavorn P. The first case of intestinal Capillariasis in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1973; **4**: 131-4.
- 10) Bhaibulaya M, Benjapong W, Noeypatimanond S. Infection of Capillaria philippinensis in man from Phetchabun province, northern Thailand: A report of the fifth case. J Med Assoc Thai 1977; **60**: 507-9.
- 11) Prakritrittranon W, Eua-Ananta Y, Dhiensiri T, Bhaibulaya M. Intestinal capillariasis from Maha Sarakham province, northeast Thailand: Report of a case. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1980; **11**: 496-7.
- 12) Benjanuwattar T, Morakote N, Somboon P, Sivasomboon B. Intestinal capillariasis: Indigenous cases from Chiang Mai and Phayao provinces, Thailand. J Med Assoc Thai 1990; **73**: 414-7.
- 13) Chunlertrith K, Mairiang P, Sukeepaisarnjaroen W. Intestinal capillariasis: A cause of chronic diarrhea and hypoalbuminemia. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1992; **23**: 433-6.
- 14) Wongsawasdi L, Ukrapol N, Lertprasertsuk N. The endoscopic diagnosis of intestinal capillariasis in a child: A case report. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2002; **33**: 730-2.
- 15) Bhaibulaya M, Indra-Ngarm S, Ananthapruti M. Freshwater fishes of Thailand as experimental intermediate hosts for Capillaria philippinensis. Int J Parasitol 1979; **9**: 105-8.

16) Cross JH. Intestinal capillariasis. Clin Microbiol Rev 1992; **5**: 120-9.

17) Markell EK, John DT, Krotoski WA. The Intestinal Nematodes. In: Markell and Voge's Medical Parasitology. Eighth Edition. WA Saunders Co. Philadelphia. 1999; pp. 293-5.