

16

“ซิด ไตวาย จากมะเร็งไขกระดูก”

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 55 ปี รับราชการอยู่ที่ อ.เมือง นครสวรรค์

อาการสำคัญ

เหนื่อยง่าย เพลีย เบื่ออาหารคลื่นไส้อาเจียนมา 1 เดือนก่อนมา รพ.

6 เดือนก่อน ตาขาวมัว เป็นมากขึ้นภายใน 10 วันตาข้างนั้นมองไม่เห็น ได้มาตรวจกับ จักษุแพทย์ พบว่า VA ตาขวาเหลือเพียงพอนับนิ้วมือห่าง 3 ฟุตได้ แพทย์พบมีเลือดออกในลูกตาเข้าใจว่า เป็นจากพยาธิตัวจิ๊ด ได้ให้ยา Metronidazole ไปกิน ตาขวาค่อยๆ ดีขึ้น มองเห็นได้ไกลขึ้น 3 เดือนต่อมาแพทย์ตรวจพบ VA 20/40 ส่วนตาซ้ายปกติ

ประมาณ 1 เดือนก่อนมา รพ. ผู้ป่วยบ่นเพลีย มีคนทักว่าซิด ผู้ป่วยเหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร มีคลื่นไส้และอาเจียนเป็นบางครั้ง ปัสสาวะเป็นปกติแต่ต้องตื่นปัสสาวะตอนกลางคืน 2-3 ครั้ง ขาไม่บวม แต่บางครั้งเจ็บหน้าอก

2 ปีก่อนเคยไปตรวจกับแพทย์ฯ ว่าความดันเลือดสูง ได้รับยาแต่ผู้ป่วยไม่ได้กินยา

ต่อเนื่อง

อภิปราย

ลักษณะอาการที่กล่าวเป็นจากผู้ป่วยมีโลหิตจางได้ แต่ปัญหาคงอยู่ที่สาเหตุว่าโลหิตจางจากอะไร การที่ผู้ป่วยปัสสาวะตอนกลางคืน เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียนและเคยมีความดันเลือดสูง ทำให้นึกถึงโรคไตเรื้อรัง ผลการตรวจร่างกายคงจะช่วยการวินิจฉัยโรคง่ายขึ้น

ประวัติเพิ่มเติม

2 เดือนก่อนมาที่โรงพยาบาลนี้ ผู้ป่วยเคยไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่นเรื่องเจ็บหน้าอก แพทย์ตรวจเลือดพบว่า creatinine ในเลือดสูงถึง 5.5

ผลการตรวจร่างกาย

pale, thin no oedema
T 37°C PR 66 regular RR 20 BP 150/80
Heart \checkmark Abd \checkmark
no lymphadenopathy
NS \checkmark
Hb 25 WBC 3,280 N 49 L 49 M 2
Platelets 182,000
Rouloux formation +
Urine : sp.gr. 7.0
protein 2+
WBC 2-3/HPF
BUN 40 Cr 11.6 T.P. 106 Alb 25.3
Ca⁺⁺ 11.2
Skull x ray : multiple punched-out (osteolytic) lesions

Ultrasound abdomen : (R) kidney 9.5 cm (S) L 9.3 cms.
no post-renal obstruction

Protein electrophoresis : Monogammopathy IgA (56.1)
 β_2 M 37.7 (normal 0.7-3.4)

Bone marrow biopsy : diffuse plasmocytic infiltrates, diffuse mature and
immature plasma cells with markedly
decreased normal
haematopoiesis

Kidney biopsy : myeloma deposits in glomeruli with tubular dysfunction

อภิปราย

การตรวจหา rouloux formation เป็นสิ่งที่ดีมาก เพราะทำได้ง่าย ได้ผลก่อนที่ผล serum protein electrophoresis จะกลับมา แพทย์จึงควรทำการตรวจทุกรายในกรณีที่สูงสัย multiple myeloma (MM) เช่นเดียวกับการตรวจหา Bence Jones protein ซึ่งแพทย์ผู้รักษาทุกคนควรทำเพราะทำได้ง่าย

คนไข้ MM รายแรกในประวัติศาสตร์เป็นคนไข้ที่นายแพทย์ William Macintyre อายุรแพทย์ชาวอังกฤษเป็นผู้ดูแลรักษาชื่อ นาย Thomas McBean อายุ 45 ปี อาชีพขายของชำ มีอาการปวดหลัง เจ็บหน้าอก ซีด นายแพทย์ Macintyre ได้รายงานไว้เมื่อปี ค.ศ. 1850 และยังคงกล่าวถึงการส่งปัสสาวะ ผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์ Henry Bene Jones ผู้มีอายุเพียง 31 ปีแต่เป็นแพทย์ที่ปรึกษาที่มีชื่อเสียงด้านนี้ที่ St. George's Hospital ในนครลอนดอน (เอกสารหมายเลข 1)

ในสหรัฐอเมริกา MM เป็นโรคที่พบได้ปีละประมาณ 4 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน พบในคนผิวดำมากกว่าฝรั่งแต่พบในคนเอเชียน้อยกว่า อายุเฉลี่ยจะอยู่ประมาณ 65 ปี ผู้ป่วยด้วย MM อาจจะมีมาหาแพทย์ด้วยอาการต่างๆ กัน เช่น ปวดกระดูก ซีด อาการจากระดับแคลเซียมในเลือดสูงหรือจากการติดเชื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ไม่นาน เมื่อ 20 ปีก่อนอยู่ได้โดยเฉลี่ยประมาณ 2 ปี แต่การรักษา ในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามาก การใช้ยามาเมเร็งและการทำการปลูกถ่ายไขกระดูกทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ที่อายุไม่ถึง 70 ปีอาจมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้น โดย 1 ใน 5 อาจอยู่ได้เกิน 10 ปี และมีโอกาสร้อยละ 50 ที่โรคจะสงบไป ความรู้ใหม่เกี่ยวกับชีววิทยาทำให้แพทย์นำเอา ยา เช่น thalidomide, CE5013 และ bortezomib ที่มุ่งทำลาย myeloma cell อย่างเดียว ประกอบกับการใช้ bisphosphonate มารักษาโรคที่เกิดที่กระดูก ทำให้ความหวังในการรักษา MM ได้สำเร็จมีสูงขึ้น

ผมให้เอกสารอ้างอิงใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ 7-8 เรื่อง พร้อมทั้งเรื่องเกี่ยวกับอาการทางคลินิกที่ผมอ่านเมื่อไม่นานมานี้ไว้ให้ด้วย

แนะนำเอกสาร

- 1) Kyle RA. History of multiple myeloma. In: Multiple Myeloma. Eds. Gahrton G, Durie BGM. Arnold, London. 1996; pp. 1-11.
- 2) Sirohi B, Powles R. Multiple myeloma. Lancet 2004; **363**: 875-87.
- 3) Richardson PG, Barlogie B, Berenson J, Singhal S, Jagannath S, Irwin D, et al. A phase 2 study of bortezomib in relapsed, refractory myeloma. N Engl J Med 2003; **348**: 2609-17.

- 4) Attal M, Harorsseau J-L, Facon T, Guilhot F, Doyen C, Fuzibet J-G, et al. for the InterGroupe Francophone du Myélome. Single versus double autologous stem-cell transplantation for multiple myeloma. N Engl J Med 2003; **349**: 2495-502.
- 5) Stadtmauer EA. Multiple myeloma 2004 – one or two transplants ? N Engl J Med 2003; **349**: 2551-3.
- 6) Mitchell BS. The proteasome – an emerging therapeutic target in cancer. N Engl J Med 2003; **348**: 2597-8.
- 7) Child JA, Morgan GJ, Davies FE, Owen RG, Bell SE, Hawkins K, et al. for the Medical Research Council Adult Leukaemia Working Party. High-dose chemotherapy with hematopoietic stem-cell rescue for multiple myeloma. N Engl J Med 2003; **348**: 1875-83.
- 8) Tian E, Zhan F, Walker R, Rasmussen E, Ma Y, Barlogie B, et al. The role of the Wnt-Signaling antagonist DKK1 in the development of osteolytic lesions in multiple myeloma. N Engl J Med 2003; **349**: 2483-94.
- 9) N Engl J Med 2004; **350**: 1464-7. Correspondence relating to 8) and 4).
- 10) Imrie K, Esmail R, Meyer RM and the Members of the Haematology Disease Site Group of the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative. The role of high-dose chemotherapy and stem-cell transplantation in patients with multiple myeloma: A practice guideline of the Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative. Ann Intern Med 2002; **136**: 619-29.
- 11) N Engl J Med Case Records of the Massachusetts General Hospital. 2002; **346**: 603-10.
- 12) Owens P, Morgan-Hughes G, Kelly S, Ring N, Marshall AJ. Myeloma and a mass in the heart. J R Soc Med 2003; **96**: 288-9.
- 13) Weintraub R, Pramanik S, Levitt L. Diffuse small-bowel myelomatosis. N Engl J Med 2004; **350**: 842-3.
- 14) Bradwell AR, Carr-Smith HD, Mead GP, Harvey TC, Drayson MT. Serum test for assessment of patients with Bence Jones myeloma. Lancet 2003; **361**: 489-91.