

Case Report

รายงานผู้ป่วย

# ภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากวัณโรคลำไส้ ในผู้ป่วยแรงงานต่างด้าว

สมิทธิ สร้อยมาตี

โรงพยาบาลกระทุ่มแบน, สมุทรสาคร

**บทคัดย่อ**

ภาวะลำไส้เล็กทะลุเป็นภาวะแทรกซ้อนจากวัณโรคลำไส้ที่พบได้ไม่บ่อย มักพบรายงานในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV รายงานนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชาย อายุ 36 ปี เป็นแรงงานต่างด้าวชาวพม่า ซึ่งมาด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลัน ตรวจร่างกายพบลักษณะของการอักเสบทั่วไปของเยื่อช่องท้อง ภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ มี free air ได้กะบังลมทั้งสองข้าง ภาพถ่ายรังสีช่องท้อง พบลักษณะของลำไส้เล็กอุดตัน และมีน้ำในช่องท้องร่วมด้วย ผลการตรวจเลือด AntiHIV อยู่ในเกณฑ์ปกติ การผ่าตัดสำรวจช่องท้องพบทะลุของลำไส้เล็กส่วนปลาย มีพังผืดยึดลำไส้เล็กส่วนปลายส่วนหนึ่งเข้ากับลำไส้ใหญ่ส่วนต้นคลำได้เป็นก้อนแข็งคล้ายมะเร็ง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Right half colectomy with end to end ileotransverse colostomy ผลตรวจทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับวัณโรคลำไส้เล็กส่วนปลาย หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาต้านวัณโรคตามสูตร CAT 1 กิน ต่อจากการตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัดผู้ป่วยหายเป็นปกติดี ชักประวัติเพิ่มไม่พบภาวะเสี่ยงอื่น ๆ นอกจากเคยกินนมวัวสด ๆ ที่ยังไม่ผ่านการฆ่าเชื้อเมื่อตอนอาศัยอยู่ในประเทศพม่า

**คำสำคัญ:** ลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุ, วัณโรคลำไส้, แรงงานต่างด้าว

**บทนำ**

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยถูกจัดให้อยู่ในอันดับที่ 17 ของกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรค<sup>(1)</sup> การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ปัจจัยด้านผู้ป่วยโดยเฉพาะปัญหาด้านสังคม เศรษฐกิจ เช่นความยากจน การด้อยโอกาสทางการศึกษา ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมเช่นชุมชนแออัด ปัญหายาเสพติด แรงงานย้ายถิ่น แรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงมากขึ้น เกิดปัญหาการเพิ่มขึ้นของเชื้อวัณโรคต้านยาหลายขนาน

จากรายงานสถานการณ์วัณโรคของกองระบาด

วิทยาการกระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2549 ที่ผู้ป่วยเริ่มป่วยแล้วเข้ารับการรักษาได้รับรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 33, 422 ราย อัตราป่วย 53.37 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 216 ราย อัตราตาย 0.34 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งพบว่าสูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา<sup>(2)</sup>

โดยในปี 2549 มีแรงงานต่างด้าวผ่านการตรวจสุขภาพใน 62 จังหวัด จำนวน 537,164 คน ร้อยละ 81 เป็นพม่า ที่เหลือเป็นลาวและกัมพูชา ผลการตรวจพบเป็นโรคที่ต้องติดตามรักษา 5,199 คน หรือร้อยละ 1 มากที่สุดคือวัณโรค 3,314 คน รองลงมาได้แก่ ซิฟิลิส 1,757

คน ทำช่าง 71 คน โรคมมาเลีย 38 คน เป็นโรคต้องห้ามต้องส่งกลับประเทศ ได้แก่ ดิดสารเสฟติด วัณโรค ระยะติดต่อ ชิฟิลิส โรคเรื้อน และโรคเท้าช้างระยะมีอาการ พิษสุราเรื้อรัง โรคจิต 173 คน และมีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 8,431 คน<sup>(3)</sup>

จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีประชากรแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมากคาดว่าประมาณ 150,000-160,000 คน จากการตรวจสุขภาพรอบแรกในปี 2549 จำนวน 89,384 คน แยกเป็นพม่า 85,995 คน ลาว 2,804 และกัมพูชา 585 คน พบโรคที่ต้องติดตามรักษา ซึ่งมี 6 โรค ได้แก่ วัณโรค ทำช่าง โรคเรื้อน ชิฟิลิส มาลาเรีย และพยาธิลำไส้ 720 คน ส่วนในปี พ.ศ.2550 ลดลงเหลือ 72,749 คน พบป่วยเป็นโรค 147 คน ส่วนใหญ่เป็นวัณโรคปอด และโรคชิฟิลิส<sup>(3)</sup> แสดงว่ายังมีแรงงานต่างด้าวที่ซ่อนเร้นอยู่อีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่มาขึ้นทะเบียนและรับการตรวจสุขภาพ

การอพยพเข้ามาทำงานของแรงงานดังกล่าวอาจนำโรคติดต่อซึ่งเคยพบในอดีตกลับมาแพร่ระบาดได้อีก เช่น มาลาเรีย โรคเท้าช้าง และวัณโรค โดยเฉพาะวัณโรคพบว่าแรงงานหลายจุดมีอาการของวัณโรคที่ตื้อยามากขึ้น แรงงานเหล่านี้ก็จะมาแพร่เชื้อให้กับคนที่ไม่ได้รับเชื้อ ทำให้ผู้ที่ได้รับเชื้อไปเป็นเชื้อตื้อยาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มแรงงานมักจะรับยาไม่สม่ำเสมอ จากสาเหตุหลายประการ เช่น การโยกย้ายบ่อย ค่าครองชีพที่ไม่เพียงพอต่อการรักษาที่ต่อเนื่อง อีกอย่างแรงงานต่างชาติบางคนที่เป็นแรงงานเถื่อนก็ไม่กล้าจะมารับการรักษาเพราะเกรงจะถูกจับกุม กลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มสะสมเชื้อตื้อยาเป็นจำนวนมาก แรงงานข้ามชาติจะอาศัยอยู่บริเวณทั้งที่ทำงานและที่พัก ที่มีสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งยังไม่มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น การบ้วนเสมหะในที่สาธารณะ ทำให้มีการแพร่ระบาดของวัณโรคได้ง่ายขึ้น

วัณโรคปอดก็มีอุบัติการณ์สูงขึ้นเช่นกัน โดยจะสูงมากขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ โดยพบเป็นวัณโรคใน

ช่องท้องร้อยละ 12 ของวัณโรคปอดทั้งหมด หรือประมาณร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด<sup>(4,5)</sup> วัณโรคในช่องท้อง อาจเกิดได้กับอวัยวะต่าง ๆ เช่น เยื่อหุ้มช่องท้อง ต่อมน้ำเหลือง ทางเดินอาหาร ตับ ไต เป็นต้น แต่ที่พบได้บ่อยคือวัณโรคทางเดินอาหาร พบได้ประมาณร้อยละ 50<sup>(6)</sup> และอาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน ได้แก่ ทางเดินอาหารอุดตัน พังพองทางเดินอาหารทะเล ภาวะทางเดินอาหารมีเลือดออก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางช่องท้องที่ศัลยแพทย์จะต้องให้การดูแลรักษาโดยรีบด่วน ถ้าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้สัมผัสใกล้ชิดกับคนที่เป็นวัณโรค ผู้ติดยาเสพติด ผู้ต้องขัง ผู้ติดเชื้อ HIV หรือผู้ป่วยที่มีภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติ ก็จะเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ศัลยแพทย์นึกถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อวัณโรคได้ แต่ผู้ป่วยบางรายก็ไม่มีข้อมูลดังกล่าวเลย ทำให้การวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดทำได้ยาก ดังรายงานนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชาย แรงงานต่างด้าวซึ่งมีภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะเล จากการติดเชื้อวัณโรคในช่องท้อง โดยปฏิเสธภาวะเสี่ยงดังกล่าว ร่างกายดูแข็งแรงสมส่วน ผลการตรวจ AntiHIV อยู่ในเกณฑ์ปกติ และภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอกปกติไม่มีลักษณะของวัณโรคปอด ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ไม่บ่อย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีรายงาน 1 ฉบับที่รายงานสภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะเลจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค<sup>(7)</sup> แต่ยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะเลจากวัณโรคลำไส้ในผู้ป่วยซึ่งไม่ใช่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

## รายงานผู้ป่วย

### ลักษณะผู้ป่วย

ผู้ป่วยชาย แรงงานต่างด้าวชาวพม่า โสด อายุ 36 ปี รูปร่างลีนท้วม ส่วนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล กระทุ้มแบน ด้วยอาการปวดกลางท้องทั่ว ๆ ไป ประมาณ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล และอาเจียน 1 ครั้งเป็นสีเหลืองเหม็นไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่พาลมเลยมา 2 วันแล้ว

ตรวจร่างกายพบว่า ไม่มีไข้ ซีพจรเต้นเร็ว 128 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ตรวจร่างกาย ปากแห้งมากไม่มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ไม่มีเชื้อราในช่องปาก ตรวจหน้าท้องพบมีสภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป ท้องอืดตึง

**การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ไม่มีภาวะซีด (Hb 14.1 g/dl, Hct 43%) มีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงเล็กน้อย (WBC 11,070 cell/cu.mm.) ชนิดของเม็ดเลือดขาวพบ Neutrophil 67% Lymphocyte 31% Monocyte 2% ไม่มีลักษณะของการติดเชื้อแบคทีเรียทั่ว ๆ ไป ซึ่งจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ในสัดส่วนที่มากกว่า 75-80% ขึ้นไป จำนวนเกร็ดเลือดปกติ (platelet 291,000 cell/cu.mm.) น้ำตาลในเลือดไม่สูงมาก (Blood sugar 139 mg/dl) การทำงานของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BUN 12 mg/dl Creatinine 1.0 mg/dl) เกลือแร่สำคัญในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Na<sup>+</sup> 138 mmol/L K<sup>+</sup> 3.8 mmol/L Cl<sup>-</sup> 107 mmol/L Hco<sub>3</sub><sup>-</sup> 23 mmol/L) ความถ่วงจำเพาะในปัสสาวะสูง (urine Sp.Gr. 1.030) ร่วมกับสิ่งตรวจพบจากการตรวจร่างกายแสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะการขาดสารน้ำค่อนข้างมาก

**การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี** ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบว่า มีลมในช่องท้องใต้กระบังลมทั้งสองข้าง ไม่พบรอยโรคในเนื้อปอด ภาพถ่ายรังสีช่องท้องพบลำไส้เล็กโป่งพองลม 3 วง เห็นระดับน้ำในรูลำไส้เล็ก ไม่เห็นลมในลำไส้ใหญ่เลย ไม่เห็นเงาขอบตับ และช่องอุ้งเชิงกรานขาขึ้น แสดงถึงมีน้ำปริมาณมากในช่องท้อง

**การวินิจฉัยเบื้องต้น** คือมีแผลทะลุของทางเดินอาหาร และมีภาวะการขาดน้ำมาก ใส่สายสวนปัสสาวะได้ปัสสาวะสีเหลืองเข้มคาสาย ใส่ท่อระบายกระเพาะอาหารทางจมูกได้เป็นน้ำสีเหลืองข้นมีกลิ่นเหม็นลักษณะคล้ายอุจจาระ ซึ่งเป็นลักษณะที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้อุดตัน ร่วมกับประวัติไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่พาลมเลยมา 2 วัน และภาวะที่ขาดน้ำค่อนข้างมาก ทำให้คล้ายแพทย์คิดว่าน่าจะมีภาวะการอุดตันของทางเดินอาหารร่วมด้วย

การผ่าตัดสำรวจช่องท้องเมื่อประมาณ 2 ชั่วโมงหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลและให้การรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพการขาดสารน้ำแล้ว พบว่า มีน้ำอุจจาระกระจายไปทั่วช่องท้องประมาณ 2,000 มิลลิลิตร จากแผลทะลุของลำไส้เล็กส่วนปลายขนาดประมาณ 2 เซนติเมตร ตำแหน่งแผลห่างจาก ileocecal valve ประมาณ 45 เซนติเมตร เยื่อช่องท้องหนาตัวขึ้น มีตุ่มนูนเล็ก ๆ ขนาดพอ ๆ กัน ประมาณ 4-5 มิลลิเมตร สีเหลืองขาว กระจายอยู่ตามเยื่อช่องท้อง พื้นผิวของลำไส้ แผ่นไขมันซึ่งคลุมช่องท้อง (omentum) ทั่วไปหมด บริเวณผิวหนังตุงปกติ บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (Cecum) มีพังผืดยึดติดกับผนังช่องท้องและยึดติ่งรังลำไส้เล็กส่วนปลายบางส่วนเข้ามามีติดรวมกัน คลำได้เป็นก้อนแข็ง คล้ายมะเร็งที่มีการลุกลามทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้เล็กส่วนปลายร่วมด้วย มีการขยายตัวของลำไส้เล็กส่วนปลายส่วนที่อยู่เหนือต่อจุดที่มีการอุดตัน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนปลายซึ่งมีพยาธิสภาพ พร้อมทั้งรูทะลุออกไป และตัดลำไส้ใหญ่ครึ่งซีกขวาออก (Right half colectomy with end to end ileotransverse colostomy) รวมทั้งตัดแผ่นไขมันซึ่งคลุมช่องท้อง (omentectomy) ออกด้วย เนื่องจากมีพยาธิสภาพดังกล่าวข้างต้นและปนเปื้อนเศษอุจจาระติดแน่นเป็นจำนวนมาก หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Gentamicin 240 mg dilute in 5% D/W 100 ml. iv drip in 1 hr. and Metronidazole 500 mg iv q 8 hr. ผลการตรวจ Anti-HIV อยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ผลการชันสูตรทางพยาธิวิทยา** ขึ้นเนื่องจากการผ่าตัดเมื่อตรวจทางพยาธิวิทยาพบมีแผลทะลุเพียงตำแหน่งเดียว ผนังลำไส้เล็กส่วนปลายหนาตัวขึ้นถึง 1.2 เซนติเมตร จากการเพิ่มจำนวนของ fibroblasts และ collagen fibers ร่วมกับมีการกระจายของ caseating granulomas อยู่หลายแห่งในชั้น submucosa, muscularis propria ไปจนถึง mesentery พบต่อมน้ำเหลืองที่มี granuloma ร่วมด้วย granulomas ที่พบประกอบด้วย lymphocytes, epithelioid และ multinucleated foreign

body giant cells ชั้น Serosa ของลำไส้และแผ่นไขมันคลุมช่องท้องมีลักษณะของการอักเสบเรื้อรังร่วมกับมี Granulomas กระจายอยู่ทั่วไป

**การวินิจฉัยสุดท้าย**จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเข้ากันได้กับวัณโรคลำไส้เล็กส่วนปลาย, วัณโรคเยื่อช่องท้อง วัณโรคต่อมน้ำเหลืองและแผ่นไขมันคลุมช่องท้อง ผลการย้อม AFB ให้ผลลบ

**การรักษาทางอายุรกรรม**ผู้ป่วยได้รับยาต้านวัณโรคตามสูตร CAT 1 คือ INH (100 mg) 3 เม็ด Rifampicin (600 mg) 1 tab Ethambutol (400 mg) 2 tab PZA (500 mg) 3 tab กินก่อนนอนใน 8 สัปดาห์แรกและตามด้วย INH (100 mg) 3 เม็ด Rifampicin (600 mg) 1 tab จนครบ 24 สัปดาห์ จากการตรวจติดตามอาการหลังผ่าตัดผู้ป่วยหายเป็นปกติดี

จากการซักประวัติย้อนหลังไม่มีประวัติบุคคลใกล้ชิดเป็นวัณโรคหรือมีอาการไอเรื้อรัง ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด ผู้ป่วยเคยมีประวัติกินนมวัวซึ่งไม่ได้ผ่านการฆ่าเชื้อในช่วงที่อาศัยอยู่ในประเทศพม่า

### วิจารณ์

วัณโรคทางเดินอาหาร พบได้บ่อยตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 20 โดยส่วนใหญ่มักเป็นต้นเหตุของลำไส้เล็กอุดตันหรือตีบแคบ แต่อุบัติการณ์ลดลงอย่างมากในช่วงกลางของศตวรรษ ทั้งนี้อันเนื่องมาจาก 1) มาตรฐานการสาธารณสุขดีขึ้น 2) การผลิตนมปราศจากเชื้อ (pasteurization of milk) 3) การควบคุมการติดต่อเชื้อวัณโรคจากวัวไปผู้เลี้ยง และ 4) การใช้ยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น<sup>(6,8)</sup> แต่ในทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อวัณโรคกลับมาแพร่ระบาดมากขึ้น ทั้งในสหรัฐอเมริกาและประเทศอุตสาหกรรมอื่น ๆ ตลอดจนประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก อันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคติดต่อไวรัสเอชไอวี ปัญหาการเพิ่มขึ้นของเชื้อวัณโรคต้านยาหลายขนาน และประสิทธิภาพการควบคุมวัณโรคในระดับชาติและระดับนานาชาติ วัณโรคทางเดินอาหารก็พบมีอุบัติการณ์สูงขึ้น จึงเป็นความจำเป็นที่

แพทย์ควรให้ความสำคัญและระลึกถึงโรคนี้ให้มากขึ้น

วัณโรคในช่องท้อง มักแบ่งตามตำแหน่งของการติดเชื้อ โดยพบวัณโรคทางเดินอาหารบ่อยที่สุดร้อยละ 50 รองลงมาเป็นวัณโรคของเยื่อช่องท้องร้อยละ 43 และพบวัณโรคต่อมน้ำเหลืองช่องท้องร้อยละ 8<sup>(6)</sup> ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายก็มีการติดเชื้อหลายตำแหน่ง ดังเช่นผู้ป่วยที่รายงานนี้

ภาวะลำไส้เล็กทะลุจากวัณโรคลำไส้พบได้ไม่บ่อยพบร้อยละ 1-15 ของผู้ป่วยวัณโรคในช่องท้อง<sup>(9,10,11,12)</sup> จากการศึกษาในประเทศอินเดียซึ่งเป็นประเทศที่ถูกจัดโดยองค์การอนามัยโลกให้อยู่ในอันดับแรก ของกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง พบว่าภาวะลำไส้เล็กทะลุมีสาเหตุจากวัณโรคลำไส้ร้อยละ 5-9 เป็นอันดับสองรองจากไส้ติ่งอักเสบ<sup>(13,14)</sup> พบอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30-40<sup>(15,16)</sup> การทะลุมักจะเกิดบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายเกิดได้แม้ในขณะที่ได้รับยาต้านวัณโรคอยู่<sup>(7,17-20)</sup> ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยพบทะลุเพียงตำแหน่งเดียว แต่ก็พบทะลุหลายรูได้ร้อยละ 10-40<sup>(21)</sup>

การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าผู้ป่วยมีภาวะช่องท้องอักเสบจาก ภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากวัณโรคลำไส้ ทำได้ยาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายนี้ซึ่งในเบื้องต้นไม่พบภาวะเสี่ยงใด ๆ ต่อการติดเชื้อวัณโรค ศัลยแพทย์มักนึกถึงโรคอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยกว่าเช่นภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แผลกระเพาะอาหารทะลุ หรือ วินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบที่ยังไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น แต่ในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดซึ่งแพทย์อาจทราบจากการซักประวัติหรือสงสัยจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่ผิดปกติและผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมาพบแพทย์ด้วยอาการปวดท้อง การตรวจวินิจฉัยแยกโรค การติดเชื้อวัณโรคระบบทางเดินอาหารเป็นสิ่งที่ต้องทำเสมอในทางศัลยกรรม การติดเชื้อวัณโรคระบบทางเดินอาหารสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหารได้ทั้งภาวะลำไส้อุดตัน การทะลุของผนังทางเดินอาหาร และภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ผู้ป่วยส่วนใหญที่เป็นวัณโรคในช่องท้องจะมีลักษณะ

ป่วยเรื้อรัง ผอม หรือตรวจพบอาการแสดงของภาวะขาดสารอาหารด้วย มักตรวจพบอาการกตเจ็บทั่ว ๆ ท้อง อาจคลำได้ก้อนที่ท้องน้อยด้านขวา ในกรณีที่มีรอยโรคที่ ileocecal area ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการของภาวะลำไส้อุดตันเฉียบพลัน อันเนื่องมาจากการบวมหนาของผนังลำไส้ ทำให้เกิดการตีบแคบของลำไส้ หรืออาจเกิดจากแผลเป็นแล้วมีการติ่งรังหรือคดงอ หรือจากการที่มีพังพืด และต่อมหน้าเหลืองโตภายในช่องท้อง<sup>(8,22)</sup> แต่ผู้ป่วยที่รายงานนี้เป็นชายวัยกลางคนที่ดูแข็งแรงสมส่วน และมีอาชีพเป็นกรรมกรใช้แรงงาน ประกอบกับมีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป ท้องอืดตึง กตเจ็บ และแข็งเกร็ง ก็ทำให้ไม่สามารถคลำพบก้อนในท้องได้

ในช่วงก่อนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจชิ้นเนื้อผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังจากเสียชีวิต พบวัณโรคทางเดินอาหารร่วมด้วยร้อยละ 55-90 ดังนั้น การตรวจพบลักษณะของวัณโรคจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ แพทย์ต้องนึกถึงภาวะวัณโรคในช่องท้องด้วย แม้ว่าในปัจจุบันจะพบร่วมกันได้น้อยกว่าร้อยละ 50<sup>(8,9,10,22,23)</sup> กล่าวคือหากยังไม่พบลักษณะดังกล่าวก็ยังไม่สามารถตัดโรคนี้ได้ ดังเช่นผู้ป่วยที่รายงาน

ภาพถ่ายรังสีช่องท้อง (Plain X-ray of abdomen) ทั้งในท่า supine และ upright ซึ่งแพทย์มักส่งตรวจในรายที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันซึ่งสงสัยภาวะทางศัลยกรรมอาจเห็นลักษณะของ air-fluid levels และ dilated bowel loop กรณีที่มีภาวะลำไส้อุดตัน enteroliths มักพบที่ตำแหน่งที่เหนือต่อตำแหน่งที่มีการอุดตัน และอาจพบลักษณะของหินปูนเกาะที่ต่อมหน้าเหลืองในช่องท้อง ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้เห็นลักษณะของ air-fluid levels และ dilated bowel loop ร่วมกับมี Free air ได้กะบังลมทั้งสองข้าง แสดงถึงน่าจะมีภาวะผนังทางเดินอาหารทะลุ ซึ่งไม่จำเพาะกับวัณโรคในช่องท้อง

เมื่อศัลยแพทย์จำต้องผ่าตัดผู้ป่วยโดยเร่งด่วน โดยยังไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัดก่อนผ่าตัด การตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดที่เหมาะสมจึงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่พบ

และสภาวะของผู้ป่วย พยาธิสภาพของวัณโรคลำไส้ จากการมองด้วยตาเปล่า อาจแบ่งได้เป็น 4 แบบ<sup>(8,22)</sup> ได้แก่

1. Ulcerative type : เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 60 โดยส่วนใหญ่พบที่ลำไส้เล็ก ileum และ jejunum ลักษณะเป็นแผลแนวขวางหลายตำแหน่ง โดยมีลำไส้ส่วนที่ปกติแทรกอยู่

2. Hyperplastic or hypertrophic type : พบประมาณร้อยละ 10 เกิดจาก Fibroblastic reaction ซึ่งมักเกิดที่ Submucosa ของผนังลำไส้ ทำให้มีลักษณะเป็น scarring, fibrosis และเป็น healed up mass ดูคล้าย carcinoma

3. Ulcero hypertrophic type : พบได้ประมาณร้อยละ 30 เป็นลักษณะของทั้งสองแบบผสมกัน ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ ileocecal valve

4. Sclerotic or stenotic type : เกิดจากการที่มี scarring และ fibrosis มากจนทำให้มีการตีบตันของลำไส้แบบนี้พบได้ไม่บ่อยนัก

ลักษณะที่เด่นหรือเป็นลักษณะเฉพาะของ วัณโรคของทางเดินอาหารคือการที่มี Segmental Ulceration ร่วมกับการเกิด multiple sites of involvement รวมทั้งการพบ peritoneal tubercles และ ascites ด้วย ลักษณะของ inflammatory strictures and hypertrophic lesions อาจทำให้เกิดลักษณะคล้าย polyps หรือ masses ได้ การอักเสบของต่อมหน้าเหลืองข้างเคียงทำให้เกิดการติ่งรังเกิดเป็น colonic traction diverticula และ sinus tract ได้

ลักษณะอื่นที่พบได้คือการเพิ่มขึ้นของ Mesenteric fat และเกิด mesenteric adenopathy ร่วมกับมี caseation ซึ่งอาจแยกได้ยากจาก Crohn's disease ส่วนลักษณะ diffuse tuberculous colitis พบได้ไม่บ่อย ซึ่งต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคจาก ulcerative colitis ก่อนเสมอ

ผู้ป่วยที่รายงานนี้พบการทะลุบริเวณ terminal ileum เพียงหนึ่งรูและพบร่วมกับ distal stricture มี hypertrophic lesions ของ ileum หนาถึง 1.2 เซนติเมตร

มี fibrosis ไปติดกับ cecum และผนังช่องท้องคล้ำได้ เป็นก้อนแข็งคล้าย carcinoma ร่วมกับมี generalized peritoneal tubercles ซึ่งเป็นลักษณะของวัณโรคในช่องท้องดังกล่าว การผ่าตัดจึงทำเป็น Right half colectomy with end to end ileotransverse colostomy ไม่ควรทำแค่ Simple closure เพราะมีโอกาสเกิด Reperforation และ Fistulization สูง อันเนื่องมาจากผนังลำไส้ซึ่งมีพยาธิสภาพและความดันภายในรูลำไส้ซึ่งสูงขึ้นจากการอุดตันส่วนปลาย<sup>(7,9,24,25)</sup>

กรณีพบรอยติบของลำไส้เล็กหลายแห่งแต่เป็นช่วงค่อนข้างสั้น การตัดลำไส้ที่มีพยาธิสภาพทั้งหมดอาจก่อปัญหาให้ผู้ป่วยได้ การผ่าตัดที่ควรเลือกทำ คือ Strictuloplasty โดยลง incision ยาวประมาณ 5-6 เซนติเมตร ทางด้าน anti-mesenteric side แล้วเย็บปิดสองชั้นในแนวขวาง เพื่อหลีกเลี่ยงการตัดลำไส้ออกมากเกินไป<sup>(8,21,26)</sup>

การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคยังถือเป็นการรักษาหลักโดยใช้สูตรเดียวกับการรักษาวัณโรคทั่วไปคือ Isoniazid, rifampicin, pyrazinamide และ Ethambutol หรือ Streptomycin เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ต่อด้วย Isoniazid และ Rifampicin จนครบ 24 สัปดาห์<sup>(22)</sup>

ผลการตรวจ acid-fast bacilli จากชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบเชื้อ จึงต้องอาศัยลักษณะอื่นประกอบการวินิจฉัย โดยลักษณะเฉพาะได้แก่ epithelioid granuloma with Langhans giant cells and central caseation necrosis อย่างไรก็ตามอาจพบลักษณะดังกล่าวใน Crohn's disease ได้ด้วย โดยแนวทางในการแยกสองโรคนี้นี้แสดงในตารางที่ 1 นอกจากนี้ ตามการศึกษาของ Hua Tian Gan และคณะ<sup>(25)</sup> จะเห็นได้ว่าแม้พบลักษณะ non caseating granuloma ก็ยังต้องนึกถึงวัณโรคไว้ด้วย นอกจากนี้ในวัณโรคยังไม่ค่อยพบ anal lesion และ transmural follicular hyperplasia แต่พบบ่อยใน Crohn's disease การตีบแคบมักน้อยกว่า 3 เซนติเมตรในวัณโรค แต่มักตีบยาวใน Crohn's disease ส่วน fibrosis muscularis propria พบบ่อยกว่า

ในวัณโรค

ผู้ป่วยรายนี้ผลการตรวจเลือด AntiHIV อยู่ในเกณฑ์ปกติ และจากการซักประวัติย้อนหลังทราบว่าผู้ป่วยมีประวัติติ่มนมวัวสด ๆ ที่ยังไม่ผ่านการทำปราศจากเชื้อในช่วงที่อาศัยอยู่ในประเทศพม่า ซึ่งการติ่มนมหรือกินอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อ *Mycobacterium bovis* ก็เป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้เกิดวัณโรคทางเดินอาหารได้ นอกจากการกลืนเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอด พยาธิกำเนิดในผู้ป่วยรายนี้จึงมีข้อสันนิษฐานว่าอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยดังกล่าวก็ได้ แต่ก็ไม่อาจยืนยันได้เพราะไม่ได้ส่งตรวจเพาะเชื้อแต่อย่างใด

ความยากจน ระบบการสาธารณสุขที่ไม่ดี เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานและประชากรจากประเทศเพื่อนบ้าน เข้ามาแสวงหาสิ่งที่ดีกว่าในประเทศของเราทั้งที่ถูกกฎหมายและลักลอบเข้าเมือง ส่วนหนึ่งได้นำพาโรคติดต่อสำคัญ ๆ โดยเฉพาะวัณโรค มาด้วยพร้อมกับแพร่กระจายให้กันและกันในสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่แออัดยัดเยียด ไม่ถูกสุขลักษณะ แล้วเคลื่อนย้ายต่อไปไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งแน่นอน ยากแก่การควบคุม ได้รับยาไม่ครบ ไม่ต่อเนื่อง เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา ทำให้การควบคุมวัณโรค

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะทางพยาธิวิทยาระหว่างวัณโรคลำไส้ กับ Crohn's disease<sup>(25)</sup>

Parameter	Intestinal TB no (%) (n=39)	Crohn's disease no (%) (n=30)
Granuloma	21 (53.8)	9 (30.0)*
Caseating	7 (17.9)	0 (0.0)*
Non-caseating	14 (35.9)	9 (30.0)
Confluence	6 (15.4)	0 (0.0)*
Ulcer	26 (66.7)	24 (80.0)
Lymphoid aggregated	27 (69.2)	26 (86.7)
Chronic inflammation	36 (92.3)	27 (90)

\*p < 0.05 VS Intestinal TB

ซับซ้อนมากขึ้น จนอาจเกิดการแพร่กระจายระบาดสู่ประชากรทั่วไปได้ ดังนั้นเมื่อมีโอกาสพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ แพทย์จึงควรคำนึงถึงโรคติดต่อสำคัญ ๆ เช่น มาลาเรีย ไข้ซัง กามโรค เอดส์ และวัณโรคไว้ด้วยเสมอ แม้จะได้รายงานตัวและรับการตรวจสุขภาพมาแล้วก็ตาม

### สรุป

รายงานผู้ป่วยชาย แรงงานต่างด้าว ชาวพม่า อายุ 36 ปี รูปร่างสันทนต์ สมส่วน มาด้วยภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไปจากลำไส้ส่วนปลายทะลุ อันเนื่องมาจากการติดเชื้อวัณโรค โดยผลการตรวจ AntiHIV อยู่ในเกณฑ์ปกติ และภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ได้รับการผ่าตัด Right half colectomy with end to end ileotransverse colostomy และรับยาต้านวัณโรคตามสูตร CAT 1 ต่อหลังผ่าตัดผู้ป่วยหายเป็นปกติดี ชักประวัติย้อนหลังทราบว่าผู้ป่วยมีประวัติติ่มมวัสต ๆ ที่ยังไม่ผ่านการทำปราคาจากเชื้อในช่วงที่อาศัยอยู่ในประเทศพม่า คลายแพทย์จึงควรคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อน ของวัณโรคในช่องท้องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มาด้วยอาการปวดท้องด้วยเสมอ

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1.(ฉบับปรับปรุง) กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2548.
2. อรรถพรณ แสงวรรณลอย. วัณโรค. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2549 [Online] [สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2551]; แหล่งข้อมูล: URL: [http://203.157.15.4/Annual/Annual49/Part1/31\\_Tuberculosis.doc](http://203.157.15.4/Annual/Annual49/Part1/31_Tuberculosis.doc)
3. ฝ่ายข่าวและสื่อมวลชนสัมพันธ์ กลุ่มสารนิเทศ. สธ.เร่งพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพต่างด้าว นาร่องที่สมุทรสาครและระนอง. ข่าวเพื่อสื่อมวลชน สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข [On line] [สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2551]; แหล่งข้อมูล: URL: [http://www.healthcare.in.th/show\\_hotnew.php?idHot\\_new=9795](http://www.healthcare.in.th/show_hotnew.php?idHot_new=9795)
4. Fever LS, Lowell AM, Meador MP. Extrapulmonary tuberculosis in the United States. Am J Epidemiol 1979; 109:5-15.
5. Sheer TA, Coyle WJ. Gastrointestinal tuberculosis. Curr Gastroenterol Rep 2003; 5:273-8.

6. Nikhil Patel, Deepak Amarapurkar, Subhash Agal, Rajiv Baijal, Pramod Kulshrestha, Snehasu Pramanik, Parijat Gupte. Gastrointestinal luminal tuberculosis: Establishing the diagnosis. J Gastroenterol Hepatol 2004; 19:1240-6.
7. สุทัศน์ โชตนะพันธ์. สภาวะลำไส้เล็กส่วนปลายทะลุจากปฏิกิริยาการฟื้นตัวของภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค. วารสารควบคุมโรค 2550;33:37-41.
8. Horvath KD, Whelan RI. Intestinal tuberculosis : Return of an old disease. Am J Gastroenterol 1998; 93:692-6.
9. Kakkar A, Aranya RC, Nair SK. Acute perforation of the small intestine due to tuberculosis AustNZ J Surg 1983; 53:381-3.
10. Gilinsky NH, Voigt MD, Bass DH. Tuberculous perforation of the bowel. A report of eight cases. S Africa Medical J 1986; 70:44-6.
11. Bhansali SK, Desai AN, Dhaboowala CB. Tuberculous perforation of the small intestine. A clinical analysis of 19 cases. J Assoc Physicians India 1968; 16:351-5.
12. Nagi B, La IA, Kochhar R, Bhasis DK, Thapa BR, Singh K. Perforation and fistula in gastrointestinal tuberculosis. Acta Radiol 2002; 43:501-6.
13. Dorairajan LN, Gupta S, Deo SV, Chumber S, Sharma LK. Peritonitis in India a decade experience. Trop Gastroenterol 1995; 16:33-8.
14. Kapoor VK. Abdominal tuberculosis : the Indian contribution. Indian J Gastroenterol 1998; 17:141-7.
15. Bhansali SK. Abdominal tuberculosis : experience with 300 cases Am J Gastroenterol 1977; 67:324-7.
16. Segal I, Ou Tim L, Mirwis J, Hamilton DG, Mannel A. Pitfalls in the diagnosis of gastrointestinal tuberculosis. Am J Gastroenterol 1981; 75:30-5.
17. Leung VKS, Chau TN, Law ST. Tuberculous intestinal perforation during anti-tuberculous treatment. Hong Kong Med J 2006; 12:313-5.
18. Seabra J, Coelho H, Barros H, Alves JO, Goncalves V, Rocha-Marques A. Acute tuberculous perforation of the small bowel during antituberculosis therapy. J Clin Gastroenterol 1993; 16:320-2.
19. Scriven JM, Berry D. Multiple small bowel perforations in a patient on treatment of tuberculosis. J R Coll Surg Edinb 1996; 41:353.
20. Ara C, Sogutlu G, Yildiz R, Kocak O, Isik B, Yilmaz S, et al. Spontaneous small bowel perforations due to intestinal tuberculosis should not be repaired by simple closure. J Gastrointest Surg 2005; 9:514-7.
21. Veeragandham RS, Lynch FP, Cantl TG. Abdominal tuberculosis in children: review of 26 cases. J Pediatr Surg 1996; 31:170-6.

22. MV Faylona, SCS Chung. Abdominal tuberculosis revisited. *Ann Coll Surg* 1999; 3:65-70.
23. Makanjoula D, Grainy AI, Rashid AR, Murshid K. Radiological evaluation of complication of intestinal tuberculosis. *Eur J Radiol* 1998; 261-8.
24. Talwar S, Talwar R, Prasad P. Tuberculous perforations of the small intestine. *Int J Clin Prac* 1999; 53:514-8.
25. Hua TG, You QC, Qin O, Hong B, Xiu YY. Differentiation between intestinal tuberculosis and Crohn's disease in endoscopic biopsy specimens by polymerase chain reaction. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:1446-51.
26. Azizollah A, Mojtaba J. Surgical treatment for complication of abdominal tuberculosis. *Arch Iranian Med* 2004; 7:57-60.

**Abstract Ileal Perforation from Intestinal Tuberculosis in Migrant Workers**

**Smith Soimadee**

Krathum Ban Hospital, Samut Sakhon

*Journal of Health Science* 2008; 17:SII344-51.

Intestinal perforation is an uncommon complication of intestinal tuberculosis mostly reported among HIV infected cases. This report presents a 36-year-old HIV negative foreigner labor man who developed terminal ileal perforation from tuberculous ileitis confirmed by pathological report. Chest X-rays showed no evidence of concomitant pulmonary lesions. Explore laparotomy showed matted mass formed by cecum, some part of terminal ileum and fibrosis caused distal small bowel obstruction. As such, right half colectomy with end to end ileotransverse colostomy was done. Anti-tuberculous medications in CAT 1 regimen were prescribed. The patient had an uneventful recovery postoperatively. History of drinking unpasteurized cow milk was reported.

**Key words:** Ileal perforation, intestinal tuberculosis, migrant worker