

รายงานผู้ป่วย

CASE REPORT

ศัลยกรรมในผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นรายแรกในประเทศไทย

First Major Abdominal Surgical Case
of Full-blown AIDS in Thailand

คณะทันตแพทย์ พ.บ.ว.ศัลยกรรม

Chana Tanchanpong M.D., FACS.

แพทย์ พ.บ. จีวะไพศาลพงศ์ พ.บ. ว.ศัลยกรรม

Paiboon Jivapaisarnpong M.D.

แพทย์ศัลยกรรม โรงพยาบาลบำราศนคราครุ กรมควบคุมโรคติดต่อ

Surgery Section, Bamrasnaradura Hospital.

บทคัดย่อ

อาการปวดท้องในผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นพบได้ไม่บ่อย ในบางรายอาการปวดท้องอาจเกิดจากสาเหตุที่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดดังรายงานผู้ป่วยต่อไปนี้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี ติดเชื้อไวรัสเอดส์จากการรับเลือดที่มีเชื้อเอดส์อยู่เพื่อทดแทนเลือดที่ออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 2 ปีต่อมา ผู้ป่วยมีการอักเสบจากการติดเชื้อ *Herpes simplex virus* ของปากและ larynx เข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น จากนั้นผู้ป่วยก็เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลายครั้งเป็นเวลา 2 ปี ครั้งหลังสุดมีอาการปวดท้องอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กินอาหารไม่ได้ ตรวจร่างกาย พบว่า ตับโต เจ็บบริเวณลิ้นปี่ ทำการตรวจด้วย ultrasound พบนิ่วในถุงน้ำดี และส่องกล้องตรวจกระเพาะพบแผลในกระเพาะอาหาร อาการปวดท้องเป็นมากขึ้น จึงพิจารณาทำผ่าตัด พบแผลในกระเพาะอาหารและถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง ได้ทำการผ่าตัดกระเพาะอาหารบางส่วนร่วมกับตัดถุงน้ำดีออก หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาการดี หายปวดท้อง ทานอาหารได้ ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากการผ่าตัด กลับบ้านได้ในวันที่ 9 หลังผ่าตัด

ABSTRACT

Abdominal pain in AIDS patients was not common, but some of these cases might be surgically correctable or curable, as shown by the case in this report.

A thin, Thai man, 49 years old, was infected with blood transmitted HIV in his second operation for bleeding duodenal ulcer. Two years later he developed fullblown AIDS, with chronic mucocutaneous *Herpes simplex* virus infection of buccal mucosa and larynx. He was admitted for several times within 2 subsequent years because of opportunistic infection and abdominal pain. In the last admission, he had abdominal pain, nausea and fatigue. Hepatomegaly as well as epigastric tenderness was detected on examination. Ultrasonographic examination revealed multiple gall stones; and large antral and stomal ulcers were also found on gastroscopic examination. His clinical status was deteriorated, the abdominal pain had increased in intensity. Therefore, an operation was considered. Operative findings were empyema gall bladder, antral and stomal ulcers. Cholecystectomy and subtotal gastrectomy were done. His post operative days were uneventful and he was discharged on the 9th operative day.

บทนำ

ผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้น ประมาณร้อยละ 10 จะรับไว้ด้วยโรคของช่องท้อง⁽¹⁾ ซึ่งอาจเกิดจากเชื้อโรคที่พบในคนปกติหรือเชื้อฉวยโอกาส เช่น virus, fungus และมะเร็งที่ไม่ค่อยจะพบได้บ่อย⁽²⁾ เช่น Kaposi's sarcoma, lymphoma โดยพบว่า

เกิด infectious gastroenteritis จากเชื้อ Cytomegalovirus บ่อยที่สุด⁽³⁾ จากสาเหตุต่างๆเหล่านี้ มีผลให้เกิดการอักเสบ การแตกทะลุ เลือดออก การอุดตัน และการกดเบียดของอวัยวะในช่องท้องอันได้แก่ ตับ ถุงน้ำดี ลำไส้ ม้าม ทำให้ผู้ป่วยที่เกิดปัญหาเหล่านี้มีความจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัด แต่ก็มีจำนวนน้อย

ที่พบการแตกทะลุของลำไส้
ของลงมาคืออาการอีกเสบของถุงน้ำดี แม้โรคเหล่านี้
จะพบน้อย แต่อัตราตายและโรคแทรกซ้อนจาก
การผ่าตัดในผู้ป่วยโรคเอดส์เต็มขั้น ค่อนข้างสูง
ดังนั้น ในรายที่สงสัยควรจะได้รับ การตรวจเพิ่ม
เติมจนได้รับการวินิจฉัยที่แน่นอน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี อาชีพ รับจ้าง
มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง อ่อนเพลีย
ประวัติ ประมาณ 4 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวด
ท้อง กินอาหารไม่ได้ อาเจียน ไปรักษาที่โรง
พยาบาลแห่งหนึ่ง แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น
Pyloric obstruction ทำการรักษาโดยทำ
ผ่าตัด Truncal Vagotomy และ Gastro-
Jejunostomy หลังผ่าตัด 4 วัน มี Upper
GI Bleeding ได้ทำการผ่าตัดซ้ำพบว่าเกิดจาก
duodenal ulcer และได้ทำ suture
bleeding point ไว้ ในการรักษาโรคแทรก
ซ้อนครั้งนี้ได้รับเลือดทดแทนหลายหน่วย หนึ่งใน
จำนวนนั้นเป็นเลือดที่มีเชื้อไวรัสเอดส์ เป็นผลให้
ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ หลังจากนั้นประมาณ 2 ปี ผู้
ป่วยมีการอักเสบติดเชื้อฉวยโอกาส (opportu-
nistic infection) คือ chronic muco-
cutaneous Herpes simplex infection
ในปากและ larynx⁽⁶⁾ อาการเข้าสู่ระยะ
เอดส์เต็มขั้น ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
หลายครั้งและรับประทานยา Azidothymidine

มาตลอด ระบบหลังมีอาการอ่อนเพลีย ปวดท้อง
เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ อาการเป็น
มากก็จึงมารับการรักษา

ตรวจร่างกายแรกพบ พบว่า อุณหภูมิ 36.4°C
ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที การหายใจ 22 ครั้งต่อ
นาที ความดันเลือด 120/70 มิลลิเมตรปรอท
น้ำหนักตัว 35 กิโลกรัม

ลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยผอมมาก ไม่ซีด ไม่เหลือง
หูตาคอจมูก ปกติ ไม่พบการติดเชื้อราในปาก
ปอดหัวใจ ปกติ ตับโต 2 นิ้วมือได้ซาบโครง มี
เจ็บบริเวณลิ้นปี่ ได้รับผู้ป่วยไว้ ให้การวินิจฉัยว่า
AIDS with epigastric pain, caused?

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางเลือด ซีมาโตคริต 36% จำนวน
เม็ดเลือดขาว 4980/ลบ.มม. N 81%, L
19%, เกร็ดเลือด 258,000/ลบ.มม. ปัสสาวะ
ปกติ การตรวจเลือดชีวเคมี BUN 20.6 mg%,
Creatinine 1.5 mg%, total bilirubin
0.5, Alkaline phosphatase 317 unit
และ SGOT 67u

ภาพรังสีทรวงอก ปกติ

คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติ

การตรวจพิเศษเพิ่มเติม

1. Ultrasonogram of upper abdomen:
ผล normal size of liver with
inhomogeneous increased echoes pat-
tern suggestive of parenchymatous

disease.

Gall stones without evidence of acute cholecystitis.

2. Gastroscope พบว่า มีแผล 2 แผล แผลใหญ่ขนาดราว 4 ซม. ที่บริเวณ antrum และอีกแผล stomal ulcer ด้าน enterostomy ได้ทำตัดชิ้นเนื้อไว้ ผลทางพยาธิแสดงว่าเป็น peptic ulcer

3. Liver biopsy ผล pathologic finding: minimal fatty infiltration

การค้นวินิจฉัย

ผู้ป่วยมีอาการเพื่อย กินอาหารไม่ได้ และ epigastrium pain เป็นมากขึ้น ประกอบกับเริ่มมีไข้ 38.0°C ในวันที่ 5 หลังรับตัวไว้รักษา ให้การวินิจฉัยว่า intractable ulcer pain จึงได้พิจารณาทำการผ่าตัด

ผลการผ่าตัด พบว่า มี Adhesion ของอวัยวะในช่องท้องค่อนข้างมาก และบริเวณ pylorus ต่อ 1st part ของ duodenum มี adhesion กับตับและตับอ่อนมาก มีแผลที่ Stomal ulcer และ Antral ulcer รวมทั้ง empyema ของ gall-bladder

การผ่าตัด ได้ทำ

1. Lysis adhesion

2. Revision of G-J anastomosis,

Subtotal gastrectomy และ

reanastomosis of jejunum

3. Cholecystectomy ใส่ท่อระบายน้ำเย็บแผลปิด

ในระหว่างการผ่าตัดให้ยาปฏิชีวนะ PGS 2.5 ล้านหน่วยเข้าเส้นเลือดดำ

อาการหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยมีอาการดี รู้สึกตัว ให้ น้ำเกลือ ใส่ท่อช่วยหายใจไว้ ใส่ NG tube ให้ยาปฏิชีวนะ ด้วย third generation cephalosporin ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้ดี สามารถถอดท่อช่วยหายใจใน 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ถอด NG tube ได้ในวันที่ 3 และเริ่มอาหารเหลวในวันนั้น อาการไขลงสู่ปกติในวันที่ 4 หยุดให้ยาปฏิชีวนะในวันที่ 5 เมื่อครบ 7 วันก็ตัดไหมและถอดท่อระบาย แผลติดดี ไม่มีการอักเสบเป็นหนอง ให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 9 หลังผ่าตัด

ผลการชันสูตร

Pathologic finding:

Stomach (gastrojejunostomy):

Peptic ulcer.

Mesenteric node: reactive lymphoid hyperplasia.

Gallbladder: acute and chronic

cholecystitis and cholelithiasis การเพาะย้อมเชื้อจาก bile: ได้เชื้อ *E. Coli* ผลการตรวจเลือด lymphocyte subset

Time	Total lymphocyte	T4 (1021±377)	T8 (767±310)	T4:T8
Preop.	1,359	23	917	0.03
7 postop	1,320	33	808	0.04
21 postop	1,107	14	927	0.02

วิจารณ์

โรคเอดส์สามารถติดต่อจากการได้รับเลือด หรือส่วนประกอบของเลือด⁽⁷⁾ ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อด้วยวิธีนี้มักจะเป็นผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเลือด เช่น Thalassemia, Hemophilia ที่ต้องรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดอยู่บ่อยครั้ง หรือผู้ป่วยค้ำลยกรรมในรายที่ได้รับเลือด ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดเหล่านี้ จะมีโอกาสติดโรคเอดส์ได้ในอัตราที่สูง จากบางรายงานพบอัตราการติดเชื้อไวรัสเอดส์จากการรับเลือดที่มีเชื้อไวรัสเอดส์สูงถึง 66-100% โดยเฉลี่ยร้อยละ 89⁽⁸⁾ ทั้งนี้ขึ้นกับว่าผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ในขณะที่บริจาคโลหิตนั้น มีเชื้อในกระแสเลือด (viremia) หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

การคัดเลือกว่าผู้บริจาคโลหิตและตรวจเลือดผู้ป่วยก่อนการรับบริจาคหรือก่อนการนำมาใช้ จะช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอดส์จากการรับเลือดได้ แต่ก็ไม่สามารถป้องกันได้ทั้งหมด เนื่องจากว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ใช้เวลา 2 ถึง 18 สัปดาห์⁽⁹⁾ โดยเฉลี่ย 6-12 สัปดาห์ จึงจะตรวจพบภูมิต้านทานโรคเอดส์ ซึ่งถ้าผู้บริจาคโลหิตอยู่ในระยะนี้ (window period) จะแพร่โรคได้

ในระยะหลังจึงได้มีการเสนอการนำเลือดผู้ป่วยมาใช้เอง (Autologous blood transfusion)⁽¹⁰⁾ ซึ่งปัจจุบันกำลังได้รับความนิยมมากขึ้น จนกว่าการตรวจสอบหา Antigen ของ HIV จะทำได้ง่าย สะดวก แม่นยำและมีราคาถูกลง เมื่อนั้น ความปลอดภัยจากการให้เลือดคงจะมีมากขึ้น

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์จากการรับเลือดที่มีเชื้อไวรัสเอดส์ หลังติดเชื้อ 2 ปี ผู้ป่วยมีการอักเสบติดเชื้อฉวยโอกาส เข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ซึ่งเกิดค่อนข้างเร็ว ตรงกับรายงานในต่างประเทศ ที่กลุ่ม Transfusion associated AIDS เกิดอาการเอดส์เต็มขั้นโดยเฉลี่ย 2.5 ปี⁽¹¹⁾ เร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น Homosexual จะเกิดอาการเอดส์เต็มขั้นในราว 6 ปี⁽¹²⁾ อาจเนื่องจากปริมาณเชื้อที่ได้รับเป็นจำนวนมากก็ได้

ผู้ป่วยเกิดอาการปวดท้องจากแผลในกระเพาะ ได้รับยารักษาอาการไม่ดีขึ้น ครั้งนี้อาการปวดท้องที่เกิดมากเนื่องจากการอักเสบของถุงน้ำดี ซึ่งวินิจฉัยได้จากการผ่าตัด จากรายงานพบว่าถุงน้ำดีและไส้ติ่งเป็นอวัยวะที่ก่อให้เกิดโรค

ที่จำเป็นต้องผ่าตัดบ่อย⁽⁴⁾ และผลการรักษาที่ไม่ดีนัก โดยมีอัตราตายในรายที่ผ่าตัดถุงน้ำดีถึงร้อยละ 33.3 เนื่องจากความรุนแรงของการติดเชื้อ ในผู้ป่วยรายนี้ ผลการผ่าตัดดี อาจเนื่องจากได้รับการรักษาที่เร็ว และการอักเสบนี้เกิดจากเชื้อ *E. coli* ไม่ได้เกิดจากเชื้อฉวยโอกาส ดังรายงานจากพยาธิแพทย์ ทั้งแผลกระเพาะอาหารและถุงน้ำดีไม่พบลักษณะของการอักเสบจากเชื้อฉวยโอกาส

ผลการตรวจเลือด Lymphocyte study ในผู้ป่วยรายนี้ ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด มี T helper cell ต่ำมาก เพียง 23 cells ซึ่งคงไม่ใช่ผลจากภาวะที่ตอบสนองต่อโรคถุงน้ำดีอักเสบ แต่คงเนื่องจากเป็น AIDS อยู่ในระยะท้ายมากกว่า แต่การที่มี T helper cell ต่ำก็

ไม่ได้มีผลต่อการหายของบาดแผลและการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในรายนี้

หลังผ่าตัดการฟื้นตัวอยู่ในเกณฑ์ดีช่วยฟื้นตัวได้ กินอาหารได้ดีขึ้น แผลผ่าตัดหายดี ไม่มีโรคอักเสบติดเชื้อหรือการแยกของแผลผ่าตัด

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น 1 รายที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์จากการได้รับเลือด มีอาการปวดท้องจากการที่ถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง ร่วมกับมีแผลในกระเพาะอาหาร ได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดผู้ป่วยสบายดีหลังผ่าตัด ไม่มีโรคแทรกซ้อนแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะเอดส์เต็มขั้นก็ตาม อาจเนื่องจากการให้การรักษาที่เร็วก่อนการอักเสบจะลุกลามไปมาก

เอกสารอ้างอิง :

1. Baron JE, Gingold BS, Neaton TF, et al. Abdominal pain in patient with acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Surg* 1986; 204:619-23.
2. Macho JR. Gastrointestinal surgery in the AIDS patient. *Gastroenterology Clinic of North America* 1988; 13:563-71.
3. Wilson SE, Robinson G, William RA, et al. Acquired immunodeficiency Syndrome (AIDS). Indication of Abdominal Surgery, Pathology and Outcome. *Ann Surg* 1989; 204:428-34.
4. Laraja RD, Rothenberg R, Odom JW, et al. The incidence of intra-abdominal surgery in acquired immunodeficiency syndrome. A statistical review of 904 patients. *Surgery* 1989; 2:175-19.
5. Nugent P, O'Connell TX. The surgeons role in treating acquired immunodeficiency Syndrome. *Arch Surg* 1988; 121:1117-20.
6. Center of Disease Control. Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1987; 36:3s-9s.

7. Marcus R. Surveillance of health care worker exposed to blood from patient infected with the human immunodeficiency virus. N Eng J Med 1988; 319:1118.
8. Ward JW, Deppe PA, Samson S, et al. Risk of human immunodeficiency virus from blood donors who later developed the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 1987; 106:61.
9. Sami J, O'Hara CJ. Pathology and pathophysiology of AIDS and HIV-Related disease. London: Chapman and Hall Ltd, 1989.
10. สวงศ์ วงศสุวรรณ. การให้เลือดโดยวิธี predeposit autologous blood transfusion ในคนไข้ผ่าตัดที่รอได้: หนทางหนึ่งในการป้องกันโรคเอดส์. แพทยสมาคม 1989; 18:29-35.
11. Madhok R, Forbes CD, Evalt BL. Blood, blood products and AIDS. London: Chapman and Hall Ltd, 1987:4-5.
12. Jaffe HW, Darrow WW, Echenberg DF, et al. The acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of homosexual men. A six year follow up study. Ann Intern Med 1988; 103:210-14.
13. ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. รายงานการผ่าตัดผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอดส์ 10 ครั้งในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. วารสารโรคติดต่อ 2533; 16:1-9.