

Case Report

รายงานผู้ป่วย

# วัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรี : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ชญาตา วรสถิตย์

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

**บทคัดย่อ**

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 39 ปี สุขภาพแข็งแรง มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีแผลและมีสารคัดหลั่งออกจากแผลที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ปฏิเสธประวัติการมีใช้ต่าง ๆ ใด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และประจำเดือนผิดปกติ ได้ให้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 2 สัปดาห์แต่อาการไม่ดีขึ้น ได้ตรวจวินิจฉัยแยกโรคโดยวิธีอื่น และตัดชิ้นเนื้อจากแผลส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็นวัณโรคที่แผลดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับยาต้านวัณโรคแบบสูตรระยะสั้นเป็นเวลา 6 เดือน การรักษาได้ผลดี

**คำสำคัญ:** วัณโรค, อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรี

## บทนำ

วัณโรคเป็นโรคซึ่งคร่าชีวิตผู้คนที่อยู่ในวัยทำงานเป็นอันดับต้น ๆ ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยวัณโรคเป็นประชากรในแถบเอเชีย-แปซิฟิก ในช่วงทศวรรษนี้วัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากความแออัดของประชากรที่มีฐานะยากจนในเมืองใหญ่ การเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อไอวีตลอดจนการบริการสาธารณสุขและแผนการรักษาวัณโรค ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ<sup>(1)</sup> ในทางการแพทย์คาดหวังกันว่า จะสามารถกำจัดวัณโรคให้หมดไปเมื่อสิ้นศตวรรษที่ผ่านมา แต่ไม่สามารถทำได้ ในทางตรงกันข้ามจากสถิติ

พบว่าวัณโรคกลับเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน จำนวนผู้ป่วยวัณโรคลดลงทุกปีมาโดยตลอด จนกระทั่งถึงพ.ศ. 2535 มีรายงานว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น<sup>(2)</sup> วัณโรคส่วนใหญ่เป็นที่ปอด ประมาณร้อยละ 10 เป็นที่อวัยวะอื่นนอกปอด (extrapulmonary tuberculosis) วัณโรคปอดพบมากในผู้ชาย แต่วัณโรคนอกปอดพบมากในเด็กและสตรี<sup>(3)</sup>

สำหรับวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้น กลางศตวรรษที่ 18 Morgagni ได้รายงานเป็นครั้งแรก<sup>(4)</sup> เป็นโรคที่พบได้น้อย อุบัติการณ์ของโรคไม่สามารถบอกได้

แน่นอน เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากตรวจพบโดยบังเอิญ และผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการ นอกจากนี้ยังมีอุบัติการณ์แตกต่างกันมากในแต่ละกลุ่มประชากรและเศรษฐกิจ<sup>(4)</sup> การเกิดวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อแบบทุติยภูมิจากอวัยวะอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากปอด เชื้อวัณโรคจะแพร่กระจายมาทางกระแสเลือด ทางน้ำเหลือง หรือแพร่กระจายโดยตรงมาจากอวัยวะข้างเคียง<sup>(4-6)</sup> การติดเชื้อปฐมภูมิพบได้น้อยมาก พยาธิแพทย์ส่วนใหญ่กล่าวกันว่าไม่มีการติดเชื้อปฐมภูมิในวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรี<sup>(4)</sup>

พยาธิสภาพของวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่พบมากที่สุดคือ ท่อนำไข่อวัยวะ 90-100 รองลงมาคือ มดลูก รังไข่ ปากมดลูก และช่องคลอด พบร้อยละ 50-60, 20-30, 5-10, และร้อยละ 1 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> ส่วนที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (vulva) นั้นพบน้อยมาก ๆ บางรายงานจะจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกับวัณโรคของช่องคลอด พบรวมกันประมาณร้อยละ 0-1<sup>(4-6)</sup>

### รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 39 ปี อาชีพรับราชการ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง มารับการตรวจที่งานผู้ป่วยนอก แผนกนรีเวช โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ด้วยอาการสำคัญคือ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีสารคัดหลั่งไหลออกจากแผลบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะสารคัดหลั่งเป็นสีขาวขุ่น ไม่มีกลิ่น ไม่มีอาการปวดบริเวณแผล ระบุขาวปกติ ประจำเดือนมาปกติ ไม่มีไข้ ไม่อ่อนเพลีย ไม่เบื่ออาหาร ไม่มีน้ำหนักลดลง ไม่มีประวัติไอเรื้อรัง หรือไอเป็นเลือด

การตรวจร่างกายเบื้องต้น ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน สูง 150 เซนติเมตร น้ำหนัก 47 กิโลกรัม สัญญาณชีพปกติ ไม่ซีด ไม่เหลือง คลำบริเวณหน้าท้องไม่พบก้อนผิดปกติ ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้งสองข้างไม่โต

การตรวจบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ตำแหน่งที่ 7 นาฬิกา ห่างจากปากช่องคลอดไปทางด้านหลัง

ประมาณ 1.5 เซนติเมตร พบมีสารคัดหลั่งสีขาวขุ่นอมเหลืองจาง ๆ ไหลออกจากรูเปิดขนาดกว้างประมาณ 0.2 เซนติเมตร ใช้ 2 นิ้วคลำได้ปากแผลพบว่ามีก้อนเนื้อ ลักษณะแข็งเป็นไตขนาดประมาณ  $0.6 \times 0.6 \times 3.0$  เซนติเมตร ขอบเขตไม่ชัดเจน ก้อนเนื้อดังกล่าวอยู่ทางด้านในลึกลงไปทางด้านหลัง แยกไม่ได้ว่าอาจมีส่วนใดต่อกับลำไส้ตรง (rectum) หรือไม่ จึงใช้สายยางให้อาหารขนาดเล็กสอดใส่ผ่านทางรูเปิดของแผลดูพบว่า

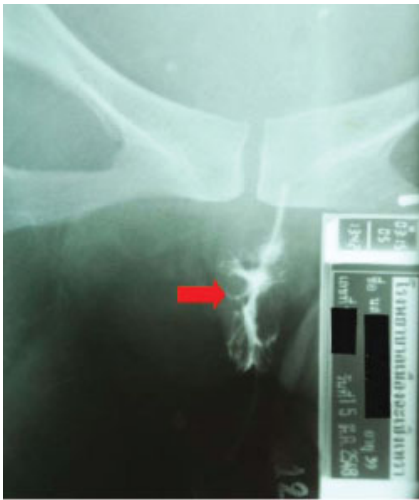
แผลลึกประมาณ 2.5 เซนติเมตร ผลการตรวจภายในอื่น ๆ ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน การตรวจทางทวารหนัก คลำพบก้อนลักษณะแข็งเป็นไตทางด้านบนขวา สีของอุจจาระปกติ ไม่พบมีหนองปนออกมากับอุจจาระ

รายงานผลการเพาะเชื้อสารคัดหลั่งจากแผล-ผลไม่พบเชื้อ ตรวจ CBC, VDRL, antiHIV ผลปกติ

ดังนั้น จากการตรวจดังกล่าวพอจะให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้ว่าเป็นแผลเรื้อรังที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (chronic ulceration of vulva) ได้ให้ยา norfloxacin (400 มิลลิกรัม) วันละ 2 เวลา เป็นเวลา 10 วัน นัดตรวจซ้ำพบว่าอาการไม่ทุเลาลง ยังคงมีสารคัดหลั่งออกมาตลอด ส่งปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อให้การวินิจฉัยแยกโรคจากโรคทางศัลยกรรมคือ fistula in ano และได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น ciprofloxacin (250 mg) วันละ 2 เวลา เป็นเวลา 5 วัน

ระหว่างนี้ได้ทำการตรวจภาพถ่ายรังสีทวารอก ฉีดสีทางทวารหนัก (barium enema) ผลปกติ การฉีดสีเข้ารูเปิดแผล (fistulogram) เพื่อดูจุดสิ้นสุดของแผล พบว่าท่อทอลง (fistula) ภายในแผล ลึกประมาณ 2.5-3.0 เซนติเมตร ปลายตัน (blind fistula) ไม่ต่อไปยังอวัยวะอื่น และผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น จึงได้นัดผ่าตัดเพื่อตัดชิ้นเนื้อจากแผล ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาและเพื่อเลาะเอาท่อทอลง (fistula) ในแผลออก

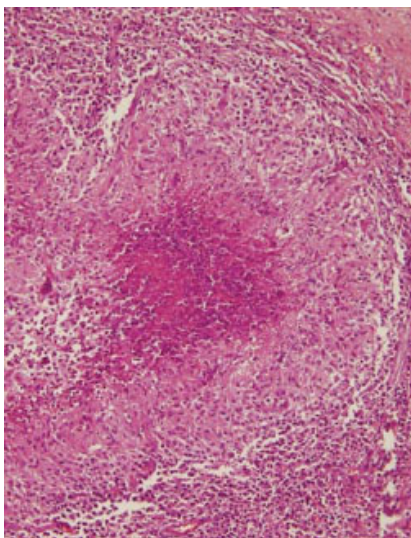
จากการผ่าตัดพบว่าลักษณะเนื้อเยื่อโดยรอบแผล มีลักษณะเปื่อยยุ่ย เป็นชุยหยาบร่วน ชิ้นเล็ก ๆ ขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตรจำนวนมาก ไม่สามารถเลาะเอา



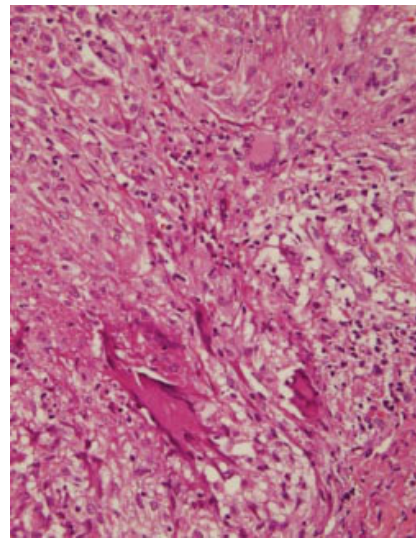
รูปที่ 1 fistulogram ในแนว anteroposterior view



รูปที่ 2 fistulogram ในแนว right posterior oblique view



รูปที่ 3 ภาพถ่ายทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ ภาพ 20x central caseous necrosis with epithelioid cells



รูปที่ 4 ภาพถ่ายทางพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ ภาพ 40x มี Langhans giant cell และ giant cells แบบต่าง ๆ

ทอกลงในแผลออกได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อเปื่อยยุ่ยมาก จึงเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและได้วางท่อระบาย (drain) ไว้ หลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังคงมีสารคัดหลั่งออกจากแผลเพิ่มขึ้น เจ็ดวัน หลังการผ่าตัดแผลยังไม่หาย แต่สารคัดหลั่งที่ออกจากท่อระบายลดลงจึงได้เอาท่อระบายออก

ผลการเพาะเชื้อแบคทีเรียจากห้องปฏิบัติการ - ไม่พบเชื้อ

ผลตรวจทางพยาธิวิทยาดังนี้ pathological diagnosis-chronic caseating granulomatous inflammation suggestive of tuberculosis และตรวจทาง histochemical study with acid-fast bacilli stain ผล negative in acid-fast bacilli

จากผลการตรวจทางพยาธิวิทยาสามารถสรุปการวินิจฉัยได้ว่าเป็น tuberculosis of vulva และให้การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบระยะสั้นคือ 6 เดือน โดย

2 เดือนแรก ใช้ยา 4 ชนิด ได้แก่ isonazid 300 มิลลิกรัม + rifampicin 450 มิลลิกรัม + ethambutol 800 มิลลิกรัม + pyrazinamide 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อครบแล้ว จึงต่อยา isonazid + rifampicin ในขนาดเดิมอีก 4 เดือน หลังจากเริ่มรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแล้ว แผลดีขึ้นโดยลำดับ และหายดีหลังจากได้รับยาต้านวัณโรคไปแล้วประมาณ 6 สัปดาห์ แต่ยังคงกินยาต่อไปอีกจนครบตามแผนการรักษา

### วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 39 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 2 เดือนก่อนมีสารคัดหลั่งไหลออกจากแผลที่บริเวณปากช่องคลอด ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผล การวินิจฉัยโรคต้องนึกถึงโรคที่อาจทำให้เกิดแผลบริเวณดังกล่าวได้ดังนี้

1. ต่อมบาร์โธลินอักเสบเรื้อรังเนื่องจากตำแหน่งของแผลในผู้ป่วยรายนี้อยู่ใกล้เคียงตำแหน่งของต่อมบาร์โธลิน แต่ผู้ป่วยไม่มีประวัติการอักเสบของต่อมบาร์โธลินมาก่อน และก่อนที่คลำได้มีลักษณะแข็งเป็นลำยาวลึกลงไป ถ้าต่อมบาร์โธลินอักเสบเรื้อรังจะคลำพบเป็นถุงน้ำในชั้นใต้ผิวหนัง และจะมีการอักเสบเฉียบพลันเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีอาการปวดก่อนดังกล่าวบ้าง<sup>(7)</sup>

2. แผลปฐมภูมิซิฟิลิส (primary syphilis) มักพบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรี (vulva) ลักษณะแผลอาจจะกลมหรือรี ขอบแผลนูนแข็ง ตรงกลางเว้าลง ไม่มีอาการปวด หน้าตัดของแผลเป็นสีแดงหรือน้ำตาลแดง และมักพบมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบอักเสบร่วมด้วย ซึ่งลักษณะแผลของผู้ป่วยรายนี้ ไม่สัมพันธ์กับแผลปฐมภูมิซิฟิลิส เพราะแผลเป็นรูลึก ขอบแผลไม่มีลักษณะนูนแข็ง และไม่มีอาการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ<sup>(8)</sup>

3. ฝีมะม่วง (lymphogranuloma venereum) มักจะเริ่มเป็นแผลที่ช่องคลอด ปากมดลูก หรืออวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก แผลจะหายไปโดยที่ผู้ป่วยไม่ทันสังเกต

และตามด้วยมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบอักเสบเป็นหนอง ซึ่งโรคฝีมะม่วงนี้เป็นโรคที่มีผลต่อระบบน้ำเหลือง มักจะมีต่อมน้ำเหลืองโตได้มากๆ หรือมีแผลแตกออก แต่ผู้ป่วยรายนี้คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ จึงทำให้นึกถึงโรคนี้น้อย<sup>(8)</sup>

4. ส่วนการอักเสบอื่น ๆ ที่อวัยวะสืบพันธุ์สตรี เช่น แผลริมอ่อน (chancroid) เริม (herpes genitalis) นึกถึงน้อย เพราะโรคเหล่านี้มักจะมีอาการปวดมาก<sup>(8)</sup>

5. โรคของอวัยวะข้างเคียง เช่น fistula in ano เนื่องจากแผลมีขนาดเล็ก มีลักษณะเป็นท่อลึกลงไปจากชั้นผิวหนัง อาจจะทำต่อไปยังลำไส้ตรง (rectum) ได้<sup>(9)</sup>

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นแผลเรื้อรัง ลักษณะของแผลไม่สัมพันธ์กับแผลของโรคทางรีเวชที่พบบ่อย และไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่รักษา จึงได้ส่งตรวจ fistulogram เพื่อดูว่ารูที่ลึกลงไปจากปากแผลนั้นติดต่อไปยังอวัยวะอื่น เช่น ลำไส้ตรง (rectum) หรือไม่ ผลปรากฏว่าจากภาพถ่ายทางรังสีแผลมีลักษณะเป็นแผลปลายตัน (blind fistula) การตรวจฉีดสีเข้าทางทวารหนัก (barium enema) ผลปกติ จึงได้ตัดชิ้นเนื้อจากแผลเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา chronic caseating granulomatous inflammation suggestive of tuberculosis อธิบายได้ว่าน่าจะนึกถึงวัณโรค ดังได้กล่าวมาแล้วว่าอุบัติการณ์ของวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีพบได้น้อย และเมื่อศึกษาเฉพาะวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรี (tuberculosis of vulva) พบอุบัติการณ์ในสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 1<sup>(4)</sup> ของสเปนอุบัติการณ์ร้อยละ 0.07<sup>(10)</sup> และสหราชอาณาจักรอุบัติการณ์ร้อยละศูนย์<sup>(6)</sup> จึงเห็นได้ว่าวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกนั้นพบได้น้อยมาก และเกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อแบบทุติยภูมิ ส่วนน้อยเป็นการติดเชื้อปฐมภูมิทางเพศสัมพันธ์ มีรายงานว่าติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยสัมผัสโรคจากฝ่ายชาย ซึ่งมีการติดเชื้อที่ epididymis หรือจากน้ำอสุจิ<sup>(11)</sup> เหตุที่พบการติดเชื้อแบบปฐมภูมิน้อยเนื่องจากเซลล์ผิวหนัง (squamous epithelium) มีความสามารถป้องกันเชื้อ

วัณโรคได้ดี และจากรายงานเดียวกันนี้พบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อปฐมภูมิร้อยละ 11<sup>(12)</sup>

การติดเชื้อปฐมภูมิจะทำให้การวินิจฉัยได้เมื่อมีคุณลักษณะ 2 ข้อ ดังนี้

1. รอยโรค นั้นควรจะเป็นที่ตำแหน่งแรกที่มีการติดเชื้อในร่างกาย

2. การดำเนินโรคของวัณโรคต่อมน้ำเหลืองอยู่ในระยะเดียวกันกับที่อวัยวะสืบพันธุ์

ซึ่งถ้าใช้ตามคุณลักษณะนี้ ก็พบว่าไม่มีรายงานการติดเชื้อปฐมภูมิเลย<sup>(4)</sup>

วัณโรคของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรีมักจะเริ่มด้วยเป็นตุ่มบนแคมหรือบริเวณใกล้เคียง ต่อมาจะมีแผลขอบไม่เรียบ บางครั้งแตกออกเป็นหนองมีเยื่อ (caseous material)<sup>(3,4,12,13)</sup> ปนออกมาหรือบางครั้งอาจมีลักษณะคล้ายหูดขนาดใหญ่มา ๗ ได้<sup>(14)</sup>

เนื่องจากวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อทุติยภูมิจากอวัยวะอื่นซึ่งส่วนใหญ่คือปอด จึงจำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอกด้วย ซึ่งผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกในผู้ป่วยรายนี้ปกติ โดยภาพถ่ายรังสีทรวงอกสามารถพบรอยโรคของวัณโรคได้ร้อยละ 30-50<sup>(15)</sup> แต่จากรายงานของโรงพยาบาลรามาริบัติ ไม่พบรอยโรคที่ปอดเลย<sup>(16)</sup> ทั้งนี้เพราะเชื้อวัณโรคสามารถอยู่ในร่างกายได้นาน ๆ โดยที่ยังไม่ปรากฏอาการเป็นเวลา 1-10 ปี หรืออาจจะมากกว่านี้ได้ ทั้งนี้เมื่อเชื้อวัณโรคที่สงบอยู่ในอวัยวะสืบพันธุ์เป็นเวลานาน ๆ กลับมาก่อโรคอีกครั้ง รอยโรคที่ปอดอาจจะหายไปแล้ว<sup>(11)</sup>

สำหรับผู้ป่วยรายนี้ตรวจไม่พบ acid-fast bacilli จากรายงานของ Nogales-Ortiz และคณะพบ acid-fast bacilli เพียงร้อยละ 2 เท่านั้น<sup>(10)</sup> Sutherland แนะนำว่าการรักษาวัณโรคควรเริ่มต้นทันทีที่รู้ผลทางพยาธิวิทยาโดยไม่จำเป็นต้องรอผลการวินิจฉัยทางแบคทีเรีย<sup>(6)</sup> เช่นเดียวกับ Falk และคณะ<sup>(17)</sup> เพราะเห็นว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รอผลการวินิจฉัยทางแบคทีเรียก่อนที่จะเริ่มการรักษา ในผู้ป่วยรายนี้ก็เช่นเดียวกัน หลังจากรู้ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาจึงเริ่มรักษาด้วยยาต้าน

วัณโรคทันที โดยไม่ได้อรอผลการย้อม acid-fast bacilli<sup>(16)</sup>

เนื่องจากการติดเชื้อปฐมภูมิอุบัติการณ์น้อยมากในทุกรายงาน<sup>(4,6,10,11)</sup> ดังนั้นการติดเชื้อวัณโรคที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของผู้ป่วยรายนี้ถ้าเป็นการติดเชื้อทุติยภูมิก็เป็นสิ่งที่เป็นไปได้เพราะผู้ป่วยปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมีโอกาสสัมผัสโรคได้ง่าย บุคลากรทางการแพทย์นั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้มีการทำ tuberculin test ให้กับบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหลายแห่งในประเทศไทย พบว่า tuberculin test ให้ผลบวกสูง ค่าเฉลี่ยร้อยละ 53 โรงพยาบาลโรคทรวงอกให้ผลบวกสูงสุด คือร้อยละ 98, โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี บุคลากรในโรงพยาบาลที่ทำงานสัมผัสผู้ป่วยให้ผลบวกร้อยละ 72<sup>(18)</sup> และมีรายงานว่าช่วงปี พ.ศ. 2547-2548 แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีบุคลากรในแผนกป่วยเป็นวัณโรค 5 ราย จากจำนวนบุคลากรทั้งหมด 147 คน<sup>(19)</sup> อาชีพที่ป่วยเป็นวัณโรคสูงสุดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คือ อาชีพพยาบาล<sup>(20)</sup> ในสหรัฐอเมริกา นักจุลชีววิทยาที่ปฏิบัติงานห้องปฏิบัติการด้านเชื้อราและวัณโรค มีภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากเป็นวัณโรคที่เยื่อโพรงมดลูก<sup>(21)</sup>

ผู้ป่วยที่นำเสนอในรายงานนี้แม้ไม่อาจจะบ่งชี้ได้ว่าสัมผัสเชื้อจากที่ใด แต่การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค<sup>(18-21)</sup> จึงควรตระหนักว่าอาจจะติดเชื้อจากในโรงพยาบาลได้ด้วย

ส่วนการรับยาต้านวัณโรคนั้นปัญหาสำคัญคือการต้องได้รับยาต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยรายนี้เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งปกติมีหน้าที่ในการให้บริการผู้ป่วยอยู่แล้วปัญหาข้อนี้จึงไม่น่าเป็นห่วง

การรักษาวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้นต้องถือว่าวัณโรคอวัยวะสืบพันธุ์สตรีเป็นอาการที่ปรากฏออกมาเพียงอย่างหนึ่งของการติดเชื้อวัณโรคทั้งระบบ (generalized systemic infection) และการกำจัดเชื้อวัณโรคจากอวัยวะสืบพันธุ์ควรถือตามหลักการเดียวกันกับหลักการมาตรฐานที่พิสูจน์แล้วว่ารักษาวัณโรคในที่อื่นของ

ร่างกายได้ผล เมื่อเริ่มการรักษาทางยาเป็นหลักแล้ว จำเป็นต้องดูแลด้านร่างกาย จิตใจ การพักผ่อน อาหารที่เหมาะสม ตลอดจนด้านสุขอนามัยอื่น ๆ ทั่วไปด้วย<sup>(22)</sup>

ผู้ป่วยรายนี้เป็นวัณโรคที่อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ซึ่งง่ายต่อการตรวจติดตามอาการ แผลที่หายบ่งถึงการตอบสนองต่อยาที่ใช้ในการรักษา ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ และแผลหายประมาณ 6 สัปดาห์หลังได้รับยาต้านวัณโรค แต่จำเป็นต้องกินยาต่อจนครบตามแผนการรักษา ขณะนี้ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรงดี

สถานการณ์ของวัณโรคในประเทศไทยในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(2)</sup> บุคลากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคสูงกว่าประชากรทั่วไป<sup>(18-20)</sup> รายงานนี้นำเสนอวัณโรคที่พบได้ไม่บ่อย แต่อาจช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นบุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาล ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อวัณโรค บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของไทย มีอุบัติการณ์ติดเชื้อวัณโรคสูงมาก<sup>(18)</sup> น่าจะได้มีการศึกษาค้นคว้าต่อไปเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ปฏิบัติงาน ในฐานะผู้ให้บริการด้านสุขภาพ มีสุขภาพที่ดีกว่านี้

### สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 39 ปี มาตรวจที่โรงพยาบาลด้วยเรื่องมีแผลเรื้อรังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ได้ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ แต่แผลไม่สนองตอบต่อยาปฏิชีวนะ จึงทำการตัดชิ้นเนื้อจากแผลส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลการตรวจพบว่าเป็นวัณโรคที่แผลดังกล่าว ตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกไม่พบรอยโรคที่ปอด ได้ให้การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคแบบสูตรระยะสั้น ลักษณะของแผลดีขึ้น ผู้ป่วยรับยาครบตามแผนการรักษา ขณะนี้แผลหายดี และผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยที่กรุณาให้นำประวัติมานำเสนอ รายงาน และขอขอบคุณ นายแพทย์ทรงคุณ วิญญูวรรณ ที่กรุณาเอื้อเฟื้อภาพถ่ายทางพยาธิวิทยา

### เอกสารอ้างอิง

1. Shimouchi A. Tuberculosis problems in the Asia-Pacific region. *Respirology* 2001; 6 :75-8.
2. Palwatwchai A. Tuberculosis in Thailand. *Respirology* 2001; 6:65-70.
3. Vani R, Kuntal R, Pralhad K. A rare location of extrapulmonary tuberculosis : the vulva. *Tuber Lung Dis* 1993; 74:64-7.
4. Schaefer G. Tuberculosis of the female genital tract. *Clin Obstet Gynecol* 1970; 13:965-98.
5. Hassoun A, Jacqueline G, Huang A, Anderson A, Smith MA. Female genital tuberculosis : uncommon presentation of tuberculosis in the United States. *Am J Med* 2005; 118:1295-9.
6. Sutherland AM. Gynaecological tuberculosis since 1951. *J Obstet Gynaecol* 1997; 17:119-22.
7. Adams Hillard PJ. Benign diseases of the female reproductive tract. In: Berek JS, editor. *Berek & Novak's gynecology*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 431-504.
8. Soper DE. Genitourinary infections and sexually transmitted diseases. In: Berek JS, editor. *Berek & Novak's gynecology*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 541-59.
9. Kdner IJ, Fry RD, Fleshman JW, Birnbaum EH, Read TE. Colon, rectum, and anus. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fischer JE, Galloway AC, editors. *Principles of surgery*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1265-382.
10. Nogales-Ortiz F, Tarancon I, Nogales FF. The pathology of female genital tuberculosis. A 31-year study of 1436 cases. *Obstet Gynecol* 1979; 53:422-8.
11. Anderson JR. Genital tuberculosis. In: Jones III HW, Wenta ZC, Burnett LS, editors. *Novak's textbook of gynecology*. 11th ed. Baltimore : Williams & Wilkins; 1988. p. 557-69.
12. Crossley J, Husain OA. Tuberculosis of the vulva, *BMJ* 1958; 1:1286.
13. Millar JW, Holt S, Gilmaour HM, Robertson DH. Vulval tuberculosis. *Tubercle* 1979; 60:173-6.

14. Bhattacharya P. Hypertrophic tuberculosis of the vulva. *Obstet Gynecol* 1978; 51 (suppl 1) : 21s-22s.
15. Eschenbach DA. Pelvic infections and sexually transmitted diseases. In : Scott JR, Disain PJ, Hammond CB, Spellacy WN, editors. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 7th ed. Philadelphia : JB Lippincott; 1994. p. 641-4.
16. Weerakiet S, Rojanasakul A, Rochanawutanon M. Female genital tuberculosis : clinical features and trend. *J Med Assoc Thai* 1999; 82:27-32.
17. Falk V, Ludviksson K, Agren G. Genital tuberculosis in women analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish hospitals during the ten-year period 1968 to 1977. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138:974-7.
18. Wiwanitkit V. Prevalence rate of positive tuberculin test among Thai hospital personnel : a summery. *J Hosp Infect* 2006; 62:119-20.
19. วิโรจน์ เจียมจรัสรัมย์, สราวุฒิ อยู่ฤทธิ. การประเมินและการจัดการความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต* 2549; 27:35-46.
20. Jiamjarasrangsri W, Hirunsuthikul N, Kamolratanakul P. Tuberculosis among health care workers at King Chulalongkorn memorial hospital, 1998-2002. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9:1253-8.
21. Shireman PK. Endometrial tuberculosis acquired by a health care worker in a clinical laboratory. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 116:521-3.
22. Schaefer G. Female genital tuberculosis. *Clin Obstet Gynecol* 1976; 19:223-39.

**Abstract Tuberculosis of the Vulva : A Case Report**

**Chayada Worasatit**

Department of Obstetrics and Gynaecology, Chachoengsao Hospital, Chachoengsao

*Journal of Health Science* 2008; 17:165-71.

A healthy single 39-year-old woman presented with chronic ulceration and discharge from vulva. She denied any history of fever, cough or menstrual irregularity. In addition, she lost neither her weight nor her appetite. She had taken the antibiotics for about 2 weeks. However, there was no response to the treatment. Additional investigations including excisional biopsy were applied. The pathological finding was chronic caseating granulomatous inflammation which suggested tuberculosis. She was therefore treated with a short course therapy of tuberculosis for 6 months and pronounced cured.

**Key words:** tuberculosis, vulva