

Interesting case (SLE with intestinal pseudo obstruction (IPO))

A 12-year-old girl presented with vomiting and abdominal distension

ผศ.(พิเศษ) นพ.ภิเชก ยิ้มแย้ม
โรงพยาบาลขอนแก่น

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 12 ปี ภูมิลำเนา อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

CC: รับ Refer มาจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยเรื่อง อาเจียนและท้องโตขึ้นมา 3 วัน ก่อนมา รพ.

PI: 1 สัปดาห์ PTA มีอาการอาเจียนเป็นสีเขียวมากกว่า 10 ครั้ง และถ่ายเหลวมากกว่า 10 ครั้ง เป็นน้ำ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีปวดท้อง ไม่มีไข้ ไปโรงพยาบาลชุมชนได้ให้น้ำเกลือ 3 วัน อาการดีขึ้น กลับบ้านไปมีอาเจียนเป็นสีเขียว ท้องเสียดีขึ้น ท้องโต ไปโรงพยาบาลเอกชน มีไข้ต่ำๆ
ตรวจร่างกาย : distended abdomen, tense, no guarding or rebound tenderness
CBC : Hb 13.3, Hct 41.1%, WBC 11,430 /mm³, N 73, L 23%, Plt 496,000 /mm³
Stool exam : WBC > 100, RBC 5-10/HPF, BS 114, BUN/Cr. 74/2.0
Electrolyte: Na 134, K 3.4, Cl 88, HCO₃ 29 mEq/L, albumin 4.4, AST 23, ALT 7 IU/L
Acute abdomen series: distal small bowel obstruction & pleural effusion
CT abd : diffused dilated small bowel with air fluid content, collapse terminal ileum with suspected segmental bowel thickening at RLQ , pleural effusion & ascites
ได้ให้ IV fluid, NPO, ATB, retained NG แล้ว refer มาโรงพยาบาลขอนแก่น

PH: แข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว
ประจำเดือนล่าสุดมาปกติ เร็วขึ้น ป.6 เกรด 4.00

FH : ปฏิเสธวัณโรคในครอบครัว

Physical examination:

GA: A girl looked acutely ill, good consciousness, BW 44 kg, and Height 150 cm.

Vital signs: BT 38 °C, BP 129/82 mmHg, PR 114/min, RR 20/min.

HEENT: pale conjunctivae, anicteric sclera, cervical lymph node can't be palpated

Heart: normal S₁S₂, no murmur

Lungs: decreased breath sound right lung

Abdomen : distended abdomen, soft, not tender , liver & spleen can't be palpated,
fluid thrill positive , normal active bowel sound

Ext : no rash or edema

Neuro: grossly intact

Investigations :

CBC : Hct 31.6%, Hb 9.9 g/dL, WBC 4,600 /mm³, N 71, L 20.5, MO 5.8, EO 1.9%,
plt 361,000 /mm³

Stool exam : soft, green, no WBC, no RBC, parasite: not found

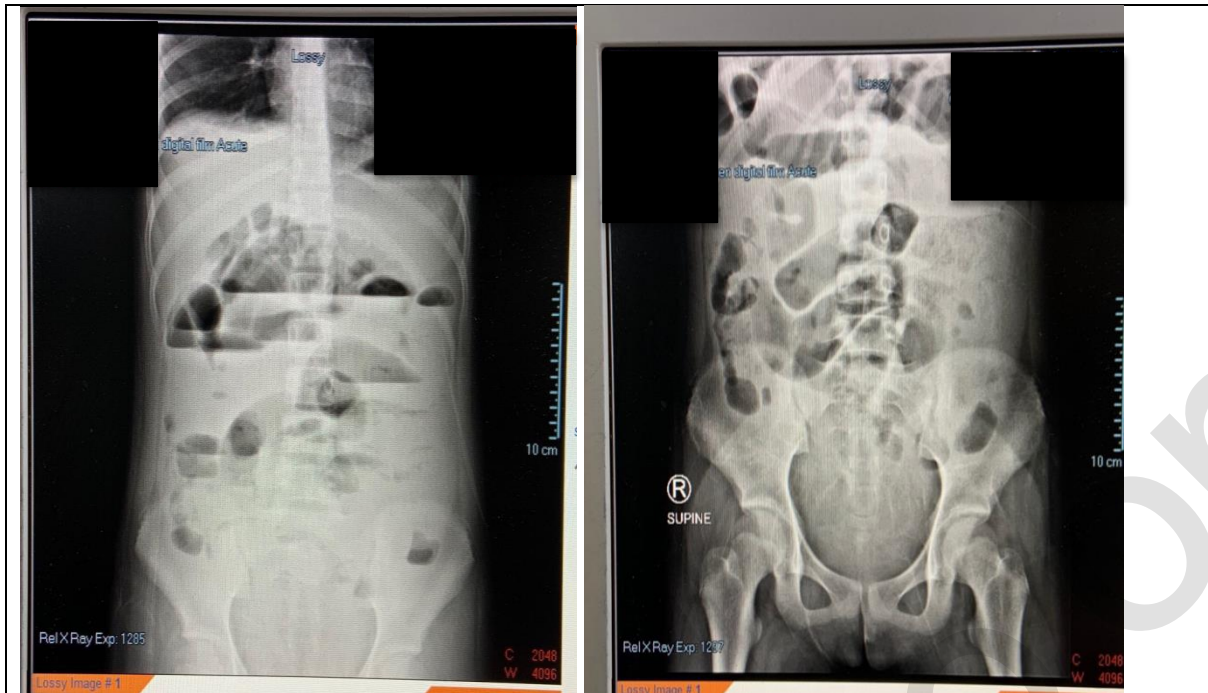
BUN 37 mg/dL, Cr 1.37 mg/dL, albumin 3.1, globulin 3.6 g/dL, amylase 42 U/L

Electrolyte : Na 148, K 3.47, Cl 115, CO₂ 22 mEq/L

EKG : normal

อภิปรายปัญหาผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยปัญหา ประวัติของการถ่ายเหลว อาเจียน ท้องอืด และพบลักษณะของ distal small bowel obstruction(รูปที่ 1) จากการเอกซเรย์ช่องท้อง และจากอัลตราซาวนด์ช่องท้อง พบว่ามีท้องมาน และน้ำในเยื่อหุ้มปอด ตรวจปัสสาวะ พบมีเม็ดเลือดแดง มีความดันโลหิตสูงเกิน 95 เปอร์เซ็นต์ ไทลด์ และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบมี ลำไส้หนาตัวบริเวณท้องล่างขวา และพบว่ามีภาวะ collapse ของลำไส้เล็กส่วนอิลีียม ส่วนตรวจจุลจากระที่รพ. ขอนแก่น ไม่พบว่ามีเม็ดเลือดขาวแล้ว ไม่มีภาวะท้องร่วง แต่ยังมีอาการท้องอืดและอาเจียนอยู่ ร่วมกับปัสสาวะยังคงมี microscopic hematuria และยังคงตรวจพบว่ามีโปรตีนรั่วในปัสสาวะในปริมาณมาก ถ้าคิดถึงสาเหตุของท้องร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยรายนี้ ถ้าเกิดจากเชื้อ enterohemorrhagic *E.coli* ที่ทำให้เกิด hemolytic uremic syndrome(HUS) ที่มีอาการท้องร่วงนำมาก่อนนั้น อาจจะอธิบายไม่ได้ทั้งหมด แม้ว่าจะมีประวัติถ่ายเหลว มีประวัติของ blood urea nitrogen(BUN) และ creatinine ที่สูง(uremia)ร่วมกับมีภาวะซีด แต่ HUS มักพบในผู้ป่วยอายุน้อย มีภาวะของเกร็ดเลือดต่ำ แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่มี และสิ่งตรวจพบอื่นๆ ไม่สามารถอธิบายได้ ดังนั้นสาเหตุของท้องร่วงอาจจะเป็นจากเชื้อใดๆ ไม่ว่าจะเป็นไวรัส แบคทีเรีย หรือเชื้ออื่นๆ และตามมาด้วยลักษณะของลำไส้เล็กอุดตัน และมีภาวะอื่นๆ ร่วมด้วยดังกล่าว



รูปที่ 1 แสดงลักษณะของลำไส้เล็กอุดตัน (small bowel obstruction) คือมี multiple air fluid level in the same loop (ซ่าย) และลำไส้เล็กโป่งพอง (ขวา) จากภาพเอกซเรย์ช่องท้อง

การวินิจฉัยแยกโรค

สิ่งที่เป็นไปได้ในผู้ป่วยรายนี้ที่มีอาการและอาการแสดงอื่นๆ เกี่ยวข้องหลายระบบ (multiorgan involvement) ทำให้นึกถึงโรค Systemic lupus erythematosus (SLE) ซึ่งคนไข้มาด้วยอาการเริ่มแรกของ intestinal pseudo obstruction (IPO) อันได้แก่ ท้องรวง อาเจียน และท้องอืด จึงได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค SLE และผลการตรวจสามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ตามข้อวินิจฉัย ดังต่อไปนี้

- มีโปรตีนมากในปัสสาวะ (proteinuria) แสดงถึงมี lupus nephritis และมีความดันโลหิตสูง
- lymphopenia จาก CBC (absolute lymphocyte count 943 cumm.)
- serositis ได้แก่ pleural effusion และ ascites
- hemolytic anemia และ direct Coomb's test ให้ผลบวก
- serology ของโรค SLE ให้ผลบวก อันได้แก่ ANA, double strand DNA ส่วนการหาสาเหตุทาง Antiphospholipid syndrome ทั้งหมดได้ผลลบ

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา methylprednisolone 3 วันและเปลี่ยนเป็น prednisolone ชนิดกิน ร่วมกับยา hydroxychloroquine ควบคุมความดันด้วยยา nifedipine ทางเส้นเลือดดำและเปลี่ยนมาเป็น amlodipine ชนิดรับประทาน พบว่าอาการท้องอืด และอาเจียนลดลงหลังจากเริ่มให้ยารักษาเพียง 3 วัน เอกซเรย์ช่องท้องพบว่าภาวะ pleural effusion และ ascites ลดลงใน 5 วัน ร่วมกับอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ต่อมาได้ให้ผู้ป่วยกลับบ้านและได้ติดตามการรักษาที่หน่วยโรคข้อและโรคไตเด็กต่อไป

Intestinal pseudo obstruction (IPO)

IPO เป็นภาวะของลำไส้ที่มีการสูญเสียการทำงานในส่วนของกล้ามเนื้อเรียบ ระบบประสาทที่ควบคุม รวมถึง visceral autonomic system ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบทางเดินอาหาร อาการที่สำคัญ ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน คลื่นไส้ ท้องผูกสลับกับท้องร่วง และน้ำหนักลด เป็นต้น ซึ่ง IPO เป็นภาวะที่พบได้ร่วมกับโรค SLE ซึ่งผู้ป่วย SLE จะแสดงอาการของ IPO ได้เป็นอาการแรก (initial manifestation) แต่พบไม่บ่อย

การวินิจฉัยขึ้นกับอาการทางคลินิก และการพบ air-fluid levels ในลำไส้ และ ลำไส้เล็กโป่งพอง (dilatation) จากการทำเอกซเรย์ช่องท้อง การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ทำเพื่อแยกสาเหตุของลำไส้อุดตันและสาเหตุอื่นๆออกไป สาเหตุของ IPO ที่พบใน SLE นั้น ยังไม่ทราบกลไกการเกิดพยาธิสภาพที่แน่นอน แต่มีหลายสมมติฐานที่คาดคะเนไว้ ซึ่ง IPO จะเป็นอาการและอาการแสดงระยะหลังๆ ของ SLE โดยสันนิษฐานว่าเกิดจาก immune complex จากตัวโรค ทำให้เกิดเส้นเลือดอักเสบ (vasculitis) และมีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลมาชุมนุมบริเวณเส้นเลือดและกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้กล้ามเนื้อเรียบภายในลำไส้อักเสบมากขึ้น และการเคลื่อนไหวเสียไปทำให้เกิดอาการต่างๆตามมา ได้แก่ ท้องอืด อาเจียน ไม่ผายลม เป็นต้น ในบางครั้งการอักเสบของเส้นเลือดอาจเป็นทั่วๆ (diffuse) และมีผลไปถึงระบบไตและตับ โดยทำให้เกิด ureterohydronephrosis และการโป่งพองของท่อน้ำดีในตับได้ ในผู้ป่วย SLE ที่พบว่า anti-Ro และ anti-Ra ได้ผลบวก จะพบว่า มี IPO ได้มากกว่าผู้ป่วย SLE ที่มี anti-Ro และ anti-Ra ได้ผลลบ ร้อยละ 89 และ 75 ตามลำดับ และยังไม่มีพบแอนติบอดีที่จำเพาะ IPO ในผู้ป่วย SLE

การรักษา IPO ในผู้ป่วย SLE คือการให้สเตียรอยด์ขนาดสูง อันได้แก่ methylprednisolone ทางหลอดเลือดและตามด้วย prednisolone ชนิดกิน จะได้ผลการรักษาที่ดี ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ นอกจากนั้นการใช้ azathioprine ,cyclosporine และ cyclophosphamide สามารถใช้เป็นการรักษาต่อเนื่อง (maintenance) ได้ และยังมีรายงานถึงการใช้ยา erythromycin และ somatostatin ในบางราย เพื่อลดอาการของ IPO

เอกสารอ้างอิง

Zhang Fj, Zang J, Zhou LP,Wang AM,Li XM. Intestinal pseudo-obstruction the initial manifestation of systemic lupus erythematosus. Am J Emerg Md 2019;37-176.

bthaiigaastro.org