

การวินิจฉัยmelioidosisในผู้ป่วยอันดับที่ 19

(Diagnosis of Melioidosis in Case Presentation Number 19)

เรียน ท่านบรรณาธิการ วารสารโรคติดเชื้อและยาด้านจุลชีพ ที่นับถือ

บทความผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่น่าสนใจจากวารสารโรคติดเชื้อ ฉบับที่ 3 ก.ค.-ก.ย. 2531 อันดับที่ 19 เรื่อง "Rapidly Fatal Pneumonia in Healthy Male" กระผมได้อ่านแล้ว ประทับใจมาก เพราะได้เรียนรู้อะไรหลายอย่างจริง โดยเฉพาะปัญหาที่ยากที่สุดก็คือ เรื่องการวินิจฉัยโรคติดเชื้อของผู้ป่วยรายนี้ บังเอิญกระผมอ่านพบรายงานผู้ป่วยจากจุฬาลงกรณ์เวชสาร ฉบับเดือน ก.พ. 33 (2): 127-131:2532 เรื่อง "Bronchoscopic examinations for diagnosis of pulmonary melioidosis" ทำให้มีข้อข้องใจบทความผู้ป่วยอันดับที่ 19 จึงขอเรียนถามท่านอาจารย์แพทย์สมพันธ์ บุญคุณปต์ ผ่านทางท่านบรรณาธิการดังนี้

1. เหตุใด เมื่อดูฟิล์ม X-ray chest ครั้งแรกแพทย์จึงนึกถึง melioidosis ทั้งๆ ที่ประวัติและการตรวจร่างกายอื่นๆ ไม่ชี้แนะเลย หรือว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้พบได้บ่อย จนมีลักษณะจำเพาะในภาพถ่ายรังสี?

2. จากประวัติและการตรวจครั้งแรก แพทย์สั่งเก็บเสมหะตรวจ, ย้อมสีแกรม และ AFB แต่ปรากฏว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่มี

ประวัติไอหรือมีเสมหะให้ตรวจ กระผมคิดว่าการตรวจโดยใช้ "กล้องตรวจหลอดลม คุณลักษณะและ discharge ในหลอดลม. หลังจากนั้นอาจจะขูด นำ discharge ออกมาตรวจสีแกรม คุณลักษณะแบคทีเรียทรงแท่ง แกรมลบ ติดสีไม่สม่ำเสมอ และย้อม AFB ด้วย"

ซึ่งกระผมเข้าใจว่า เป็นการวินิจฉัยรีบด่วน สามารถรู้ลักษณะของจุลชีพได้เร็วกว่าคอยผล bacterial culture และ melioidosis titer. ฉะนั้นการวินิจฉัยจะให้ผลเร็วขึ้น และ อาจช่วยชีวิตผู้ป่วยได้? ไม่ทราบว่าจะเห็นด้วยหรือไม่?

3. ข้อนี้ เป็นความคิดในใจของกระผมเอง เพราะเคยดูผู้ป่วยใน ward ที่เป็น melioidosis ส่วนใหญ่เป็น chronic prolonged fever แทบทุกราย. ผู้ป่วยรายนี้ very healthy person อาจมีเพียง impaired liver function คงไม่นับว่าเป็น compromised host เหตุใด course ของโรคจึงลุกลามไปรวดเร็วมาก ดูคล้ายกับ P. pseudomallei นี้มี toxin รุนแรงมาก หรือจะมี viral infection อะไรบางอย่างแฝงอยู่โดยที่ตรวจไม่พบ ทำให้โรคกำเริบและลุกลามได้รวดเร็ว (viral pneumonia)?

สุดท้าย เห็นจะไม่ต้องขมนะครับ ทุกเรื่องในวารสารโรคติดเชื้อฯ มีเนื้อหาทันสมัยและน่าสนใจครับ.

ด้วยความเคารพ



(นายแพทย์นราทร ธรรมบุตร)

หน่วยแอนไธโรบัส ภาควิชาจุลชีววิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอบจดหมายของนายแพทย์นราทร ธรรมบุตร

ขอขอบคุณอาจารย์นราทร ที่ได้กรุณาถามคำถามอันเป็นประโยชน์ แสดงว่าอาจารย์ได้อ่านอย่างพิถีพิถัน ซึ่งเป็นจุดประสงค์ของการรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจเพื่อให้แพทย์นำไปคิดพิจารณาและนำไปใช้เป็นประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป

ตอบคำถามข้อ 1 ที่ว่าทำไมผมจึงนึกถึง melioidosis ทั้งๆ ที่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชี้หน้าเลย ถ้าจะตอบแบบกำปั้นทุบดินก็คือ “ประสบการณ์ experience” (จากการที่เห็นผู้ป่วยมาการทำ ward round ในที่ต่างๆ (ถูกต้อน) มามาก ผิดบ้าง แต่ส่วนมากถูก แต่ความจริงแล้วสิ่งที่ชี้หน้าก็คือ

1. ผู้ป่วยแข็งแรงที่เป็น community acquired pneumonia ซึ่งมีอาการรุนแรง รวดเร็ว ลักษณะชี้หน้าไปทางเชื้อแกรมลบ (แยกจากเชื้อพบบ่อยๆ เช่น *Pneumococci Streptococci*, *H. influenza*

2. แยกจาก *Staphylococcal pneumonia* (metastatic) โดยไม่มีลักษณะการใช้ยาเสพติด

3. เชื้อแกรมลบที่มีอาการรุนแรงแบบนี้ จากนอกโรงพยาบาล มี 2 ตัวคือ *Klebsiella pneumoniae* กับ *Pseudomonas pseudomallei* แต่ในร่างกาย เช่น นิ้วที่โต ไตอักเสบ ซึ่งรายนี้ไม่มี แต่ melioidosis เป็นที่ขึ้นชื่อว่าเป็น “ยอดนักเลียนแบบ” อยู่แล้ว

4. ลักษณะทางเอกซเรย์ปอดช่วยมาจริงๆ เพราะลักษณะการพบหอยมการอักเสบกระจาย 2 ข้าง และเป็นปื้นค่อนข้างหนาแน่น แยก *Staphylococcus* ได้ เพราะมีขนาดเล็กกว่า แต่แยกเชื้อแกรมลบอื่นๆ โดยเฉพาะ *Klebsiella* ไม่ได้ (แต่เราใช้ข้อ 3 แยก)

5. ถึงแม้ผู้ป่วยมีภูมิสำเนาที่กรุงเทพฯ ซึ่งค่อนข้างค้ำจุนการเกิดโรค melioidosis จึงทำให้ไม่ค่อยแน่ใจในตอนต้นและไม่ได้ให้ยาทันที จนเห็นการเปลี่ยนของเอกซเรย์อย่างรวดเร็วในไม่กี่ชั่วโมง จึงแน่ใจ เพราะยากจะหาเชื้ออื่นที่มีลักษณะรุนแรงรวดเร็วเช่นนี้ และการรายงานรายนี้ก็เพื่อเตือนแพทย์ว่า melioidosis พบในคนอยู่กรุงเทพฯ ได้ แต่ไม่แน่ว่าติดเชื้อมาทางใด

ตอบคำถามข้อ 2 ในเรื่องของการตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัย melioidosis นี้ ถ้าผู้ที่มีประสบการณ์มากๆ และได้ เสมหะดีๆ (จากที่ติดเชื้อ) ย้อมดีๆ อาจจะได้เห็นเชื้อแกรมลบตัวเล็กๆ ที่มีลักษณะเข็มกลัดซ่อนปลายได้ ซึ่งถ้าส่งสัยทางคลินิกอยู่แล้วจะช่วยในการวินิจฉัยการศึกษาในถิ่นระบาด (จังหวัดขอนแก่น) แพทย์วินิจฉัยได้จากเห็นเชื้อจากเสมหะส่วนหนึ่ง แต่ต้องไม่ลืมว่าเชื้ออื่นก็อาจมีลักษณะเช่นนี้ได้ จึงต้องสนับสนุนการวินิจฉัยจากการเพาะเชื้อ ซึ่งการเพาะเชื้อจากเสมหะจะขึ้นเชื้อหลายตัว ถ้าห้องปฏิบัติการไม่เก่งพอจะแยกโคโลนิของ *Pseudomallei* ไม่ได้จากเชื้ออื่นๆ ที่พบมากกว่า จึงมักบอกผิด

สำหรับการทำ bronchoscopic exam นั้น คงจะไม่เหมาะสำหรับผู้ป่วยชนิดที่ผมรายงานเพราะอาการหนักมาก แต่เหมาะสำหรับพวกปอดอักเสบเรื้อรังหรือรื้อรังที่ไม่มี respiratory distress

ตอบคำถามข้อ 3 เมล็ดออยโคสิสมี clinical spectrum ที่กว้างมากตั้งแต่ subclinical ไปจน fulminating ส่วนหนึ่งคือประเภท F.U.O. ที่คุณหมอบู๊ตถึง ซึ่งมีเวลาให้คุณหมอได้ทำ investigation ต่างๆ ส่วนพวก acute พบได้บ้างในกรุงเทพฯ แต่พบมากกว่าในถิ่นระบาดต่างจังหวัด สำหรับ compromised condition พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเท่านั้น

สำหรับความรุนแรงรวดเร็วนี้ แน่นนอนว่าเป็น process ของโรคเอง (ไม่ใช่จากไวรัสมาแทรกซ้อน) แพทย์ที่รักษาโรคนี้เชื่อกันว่าท็อกซินไม่ว่าจะเป็น endotoxin หรือ exotoxin เป็นตัวเหตุ และ toxaemia เป็นกลไกสำคัญของพยาธิสภาพในโรคนี้ ซึ่งกำลังมีคนหลายคนหลายคนศึกษาเพิ่มเติมจากความรู้เดิมที่มีเมื่อสิบกว่าปีก่อน ด้วยวิธีการใหม่ๆ ผมเองเชื่อเช่นนี้และรอผลการศึกษาอยู่

ขอบคุณอาจารย์นราทร อีกครั้งที่สนใจและขอยกย่องที่ยัง active อยู่ไม่หยุดยั้ง

(นายแพทย์สมพนธ์ บุญยคุปต์)

นายกสมาคมฯ