

10-1-1997

Gastrointestinal disease in AIDS

S. Sunpaweravong

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Sunpaweravong, S. (1997) "Gastrointestinal disease in AIDS," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 41: Iss. 10, Article 3.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol41/iss10/3>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัญหาโรคทางเดินอาหารในผู้ป่วยเอดส์

สมเกียรติ สรรพวีรวงศ์*

Sunpaweravong S. Gastrointestinal disease in AIDS. Chula Med J 1997 Oct; 41(10) : 711-5

Gastrointestinal disease is the major problem of patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). As the number of cases continue to increase and the nature of diseases do differ markedly from the population without AIDS, the surgeon will be more frequently involved with complex diagnostic and therapeutic decision. This article focuses on approach gastrointestinal disease in AIDS patients.

Key words : AIDS, Surgery, Gastrointestinal disease.

Reprint request: Sunpaweravong S. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat-Yai, Songkla 90112

Received for publication. October 3, 1997.

ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามสถิติของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2517ซึ่งเริ่มพบผู้ป่วยโรคเอดส์คนแรกในประเทศไทย จนถึง 31 มีนาคม พ.ศ.2539 มีผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 36,629 คน และยังมีผู้ป่วยติดเชื้อที่มีอาการ (symptomatic HIV) อีก 15,437 คน ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอาจมีปัญหาเกี่ยวข้องกับศัลยแพทย์ เพราะส่วนใหญ่จะมีอาการโรคระบบทางเดินอาหาร มีทั้งแบบเรื้อรัง, แบบเฉียบพลัน หรือมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ลำไส้ทะลุ, เลือดออกในทางเดินอาหาร หรือมีการอุดตันของลำไส้ สาเหตุพยาธิสภาพของโรคเหล่านี้จะต่างจากผู้ป่วยกลุ่มปกติทั่วไปที่ไม่ติดเชื้อ อีกทั้งการดูแลรักษาก็มีปัจจัยที่ศัลยแพทย์ต้องคำนึงถึง เช่น การพยากรณ์โรคที่ไม่ค่อยดีนัก, คุณภาพชีวิต, โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์นี้ได้รวบรวมปัญหาโรคทางเดินอาหารที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาต่อไป

สาเหตุหลักของโรคทางเดินอาหารในผู้ป่วยเอดส์คือ^(2,3-5) การติดเชื้อ ซึ่งเป็นได้ทั้งแบคทีเรีย, ปรสิต, รา, ไวรัส นอกจากนี้โรคมะเร็งเนื้องอกบางชนิด เช่น Kaposi's sarcoma, lymphoma ก็พบได้บ่อยเช่นกัน ทำให้เกิดปัญหาในอวัยวะต่าง ๆ เช่น

Esophageal disease

อาการที่มาพบแพทย์ได้แก่ dysphagia, odynophagia, retrosternal pain สาเหตุที่พบบ่อยคือ

1. Candidiasis พบได้บ่อยที่สุดเกิดจากเชื้อ *Candida albicans* ผู้ป่วยมักมีอาการ dysphagia พยาธิสภาพที่เกิดมักพบร่วมกันกับ oral thrush ทำให้วินิจฉัยง่าย โดยการดู KOH หรือเพาะเชื้อ ถ้าทำ barium swallow จะพบมี plaques กระจายทั่วไป และมีแผลตื้น ๆ ส่วน esophagoscopy (ไม่มีความจำเป็นต้องทำเว้นแต่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น ทำให้สงสัยสาเหตุอื่น) ลักษณะที่พบมี large, yellow white plaques throughout esophagus รักษาโดยทานยา ketoconazole 200 mg/วัน เป็นเวลา 14 วัน

2. Herpes simplex virus (HSV) มักมาด้วย odynophagia, retrosternal pain esophagoscopy อาจพบ acute form; aphthoid ulcer (shallow, edematous, erythematous mucosa) ขนาดเล็ก 2-3 มม. หรือพบ chronic form; deep, clean base ขนาดใหญ่ 1-2 ซม. วินิจฉัยโดยการ biopsy, viral culture รักษาด้วยยา Acyclovir

3. Cytomegalovirus (CMV) อาการคล้าย HSV esophagoscopy พบลักษณะ esophagitis, large (2-10 cm.) shallow ulcer วินิจฉัยโดยการ biopsy, viral culture รักษาด้วยยา Ganciclovir

นอกจากนี้ Kaposi's sarcoma ก็พบได้บ่อย มักพบกระจายไปทั่ว ๆ อาจพบรอยโรคที่ผิวหนังร่วมด้วย การรักษามักทำในกรณีที่เกิดผลแทรกซ้อนรุนแรง เช่น เลือดออกมาก รักษาด้วยเลเซอร์หรือฉีด sclerosing agent

Gastric disease

อาการที่พบบ่อยได้แก่ nausea, vomiting, hematemesis, melena, early satiety สาเหตุที่พบบ่อยคือ

1. Kaposi's sarcoma in GI tract พบบ่อยใน stomach, colon, duodenum มักพบร่วมกับ cutaneous nodule, Kaposi's sarcoma วินิจฉัยได้จาก endoscopy การตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจควรตัดลึก ๆ เพราะพยาธิสภาพอยู่ในชั้น submucosa

2. B cell non-Hodgkin's lymphoma มักพบหลายตำแหน่ง และเป็นได้ตลอด GI tract การวินิจฉัยโรคโดยทำ upper GI study, endoscopy, biopsy

ทั้ง 2 สาเหตุอาจเกิดผลแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น bleeding, obstruction, perforation

Hepatobiliary disease

โรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ได้แก่

1. acalculous cholecystitis มักเกิดจาก CMV, *Cryptosporidium* วินิจฉัยได้จาก ultrasound; thickening gall bladder wall, air in wall, narrowing of

lumen, pericholecystic fluid and localized gall bladder tenderness to the palpating of cholecystitis การรักษาใช้วิธีการผ่าตัดเหมือนผู้ป่วยทั่วไป สามารถทำ laparoscopic cholecystectomy ได้

2. obstructive jaundice พบอุบัติการณ์ที่เกิดจาก sclerosing cholangitis, papillary stenosis สูง เชื่อว่าอาจเกิดจากเชื้อ CMV, Cryptosporidium ทำให้เกิดแผลอักเสบ และมีการตีบตันในเวลาต่อมา วินิจฉัย โดยการทำ ultrasound, ERCP

3. hepatic parenchymal disease พบความผิดปกติของ liver function test; increase serum alkaline phosphatase (2-10 times normal), serum transaminase (2-10 times normal) สาเหตุส่วนใหญ่จากเชื้อ Mycobacterium avium intracellulare (MAI), Kaposi's sarcoma, lymphoma, CMV hepatitis การวินิจฉัยสาเหตุอาจพบสาเหตุที่ตำแหน่งอื่นด้วยเพราะมักเป็น disseminated infection แต่ถ้าไม่พบอาจต้องทำ liver biopsy ร่วมกับ mycobacterial, fungal and viral culture ด้วย ลักษณะพยาธิสภาพมักพบ steatosis, portal inflammation, congestion and noncaseating granuloma

Small bowel disease

อาการที่พบบ่อยคือ cramping paraumbilical abdominal pain, weight loss, large volume diarrhea สาเหตุอาจเกิดจากเชื้อในลำไส้เช่น Salmonella, Shigella, Campylobacter หรือจากปรสิตเช่น Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium, Isospora belli หรือเชื้อที่พบบ่อยใน AIDS คือ CMV, MAI

ลักษณะที่พบร่วมซึ่งอาจใช้ในการแยกสาเหตุได้ เช่น

- MAI มักมีท้องเสียเรื้อรัง, ไข้, น้ำหนักลด, ปวดท้อง อาจพบที่ตำแหน่งอื่นๆ ด้วย เช่น ตับ, ม้าม, ไชกระดุก, ต่อมมน้ำเหลือง
- CMV มักมีปวดท้อง, ไข้, ถ่ายเป็นเลือด และ

อาจพบได้ใน GI tract ส่วนอื่นด้วย ตั้งแต่ esophagus จนถึง rectum

- Pneumocystis carinii มักพบร่วมกับ pneumonia

- Entamoeba histolytica มักมีอาการ crampy abdominal pain, tenesmus, bloody stool อาจพบ liver abscess, amebic colitis

- Shigella มักมีไข้, malaise, tenesmus, abdominal cramp, bloody mucoid diarrhea

การวินิจฉัยโดยทำ stool exam, stool culture ถ้าไม่พบสาเหตุอาจต้องพิสูจน์ขึ้นเนื้อโดยใช้ "per oral capsule" technique หรือใช้ long flexible fiberoptic endoscopic biopsy

Acute appendicitis

พบอุบัติการณ์สูงขึ้นสาเหตุส่วนใหญ่เหมือนกลุ่มคนทั่วไปแต่โอกาสเกิดจากเชื้อ CMV^(6,7) หรือเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ มากขึ้น ข้อสังเกตจะพบว่า WBC ไม่สูง เนื่องจากตัวโรคผู้ป่วยเอง หรือจากยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ การวินิจฉัยจึงเน้นที่ประวัติ และตรวจร่างกาย ต้องแยกโรคจาก CMV enteritis, TB, MAI, lymphoma in distal ileum การใช้ ultrasound, CT หรือ diagnostic laparoscopy อาจช่วยแยกโรคได้ ถ้าวินิจฉัยว่าเป็น acute appendicitis ควรรีบผ่าตัด เพราะผลการผ่าตัดดีเหมือนผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป

Colorectal disease

มีอาการท้องเสีย แต่ปริมาณอุจจาระน้อยกว่าโรคลำไส้เล็ก, ปวดเบ่ง, ปวดเวลาถ่ายอุจจาระ บางครั้งมีเลือดปนวินิจฉัยสาเหตุได้โดยการทำ stool exam, stool culture, endoscopy, biopsy บางครั้งการสังเกตรอยโรคที่อื่นอาจช่วยได้เช่น พบลักษณะ classic herpetic perianal ulcer ซึ่งบ่งถึงการติดเชื้อ HSV

แต่สาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากเชื้อ CMV ซึ่งอาการมีได้ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงผลแทรกซ้อนรุนแรงเช่น

bleeding, perforation ลักษณะที่พบใน barium enema; edematous haustral fold, shallow ulcer, diffuse granularity of mucosa ส่วนลักษณะที่พบใน sigmoidoscopy; focal ischemic colitis, submucosal hemorrhage, fibrin cover shallow ulcer ผลชิ้นเนื้อพบ intranuclear inclusion body การรักษาใช้ Ganciclovir ในกรณีที่มี colorectal perforation แนะนำให้ผ่าตัดยก colostomy มากกว่าที่จะทำ primary anastomosis

ส่วนสาเหตุอื่นที่พบรองลงไปเช่น Cryptosporidium, Chlamydia สำหรับ Kaposi's sarcoma นอกจากจะทำให้เกิดแผลในลำไส้แล้ว ยังอาจทำให้ลำไส้อุดตัน หรือเป็นจุดเลือดออกได้

Spontaneous bacterial peritonitis (SBP)

ในผู้ป่วยทั่วไปที่มี cirrhosis, ascites เชื่อที่เป็นสาเหตุจะเป็น single organism เช่น gram negative bacillus, Pneumococcus แต่ในผู้ป่วย AIDS จะเป็นเชื้อฉวยโอกาส เช่น CMV, MAI, TB การวินิจฉัยโดยการเจาะน้ำในท้องมาตรวจดู, ย้อมเชื้อ, เพาะเชื้อ ทั้งเชื้อแบคทีเรีย, วัณโรค, รา และไวรัส

Acute Abdomen

เป็นปัญหาใหญ่สำหรับศัลยแพทย์ในการตัดสินใจว่า ผู้ป่วยจะต้องได้รับการผ่าตัดหรือไม่ มีรายงานอุบัติการณ์ปวดท้องเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาโรงพยาบาลประมาณ 12-20%^(4,8,9,10) ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเฉียบพลันนี้มีเพียง 17%⁽⁶⁾ ที่ต้องรับการผ่าตัดเป็นที่น่าสังเกตว่าผลการรักษาหลังผ่าตัดไม่ค่อยดี มี mortality rate 13-22%^(9,10) สาเหตุหลักยังคงเป็นการติดเชื้อทางเดินอาหารทั้งลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะเชื้อ Cryptosporidium ส่วนสาเหตุอื่น ๆ เป็นผลแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น การทะลุ, การอุดตันของลำไส้, เลือดออกในลำไส้

การซักประวัติอย่างละเอียด และการตรวจหน้า

ท้องซ้ายบ่อย ๆ จะช่วยได้มากที่สุด การสังเกตดูไข้มักไม่ค่อยช่วย เพราะผู้ป่วยโรคเอดส์มักมีไข้เรื้อรังอยู่แล้ว การเจาะเลือดดู white blood cell count (WBC) ก็ไม่ค่อยช่วยเพราะผู้ป่วยโรคเอดส์มักมีเม็ดเลือดขาวต่ำ การถ่ายรังสีปอด (CXR) จะช่วยได้ในกรณีพบรอยโรคติดเชื้อในปอด หรือเนื้องอกในปอดบริเวณล่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการปวดท้อง และจะช่วยได้มากในกรณีพบลมที่รั่วจากทางเดินอาหารมาอยู่ใต้กระบังลม

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ peritonitis, hemorrhage, free air ได้กระบังลม บางครั้งต้องใช้ investigation เพิ่มเติม เช่น ultrasound, CT abdomen ซึ่งอาจช่วยบอกสาเหตุของโรคทำให้หลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นได้ ในบางกรณีที่สงสัยอาจทำ diagnostic laparoscopy ช่วยวินิจฉัย

สรุป

ศัลยแพทย์มีความจำเป็นต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มาด้วยอาการระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีสาเหตุต่างไปจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจและใช้เวลาในการดูแลมากกว่าเพื่อให้ได้การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง ในอนาคตผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยคงจะยังเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับการพัฒนารักษาโรคเอดส์ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น ดังนั้นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการระบบทางเดินอาหาร คงจะยังเป็นปัญหาที่สำคัญอีกต่อไป

อ้างอิง

1. กองระบาดวิทยาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2539. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2540; 28(85): 93-111
2. Consten EC, van-Lanschot JJ, Henny CP, Slors JF, Danner SA, Brummelkamp WH. General operative aspects of human immunodeficiency virus infection and ac-

- quired immunodeficiency syndrome. *J Am Coll Surg* 1995 Mar; 180(3):366-80
3. Cello JP. AIDS associated gastrointestinal disease IN: Sande MA, Volberding PA, eds. *The Medical Management of AIDS*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1990:145-60
 4. Mueller GP, Williams RA. Surgical infections in AIDS patients. *Am J Surg* 1995 May; 169(5A Suppl): 34S-38S
 5. Scott-Conner CEH, Fabrega AJ. Gastrointestinal problems in the immunocompromised host. A review for surgeons *surg Endosc* 1996 Oct;10(10): 959-64
 6. Valerdiz-Casasola S, Pardo-Mindan FJ. Cytomegalovirus infection of the appendix in patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Gastroenterology* 1991 Jul;101(1):247-9
 7. Binderow SR, Shaked AA. Acute appendicitis in patients with AIDS/HIV infection. *Am J Surg* 1991 Jul;162(1):9-12
 8. Barone JE, Gingold BS, Nealon TF Jr, Arvanitis ML. Abdominal pain in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Surg* 1986 Dec; 204(6):619-23
 9. LaRaja RD, Rothenberg RE, Odom JW, Mueller SC. The incidence of intra-abdominal surgery in acquired immunodeficiency syndrome: a statistical review of 304 patients. *Surgery* 1989 Feb;105(2 pt 1):175-9
 10. Diettrich NA, Cacioppo JC, Kaplan G, Cohen SM. A growing spectrum of surgical disease in patients with human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome. Experience with 120 major cases. *Arch Surg* 1991 Jul;126(7):860-6