วัณโรคแฝง เชื้อแฝงเงียบ แต่อันตรายไม่ใช่เล่น

นพ. วิชัย บุญสร้างสุข
อายุรแพทย์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ
ศูนย์อายุรกรรม โรงพยาบาลพญาไท 3

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยวัณโรคกว่า 10 ล้านคน และคาดการณ์ว่า 1 ใน 4 ของประชากรโลกมีติดเชื้อ “วัณโรคแฝง” โดยไม่รู้ตัว และที่น่ากลัวยิ่งกว่านั้นคือประเทศไทยของเราจัดอยู่ใน 1 ใน 14 ประเทศที่มีวัณโรครุนแรง การติดเชื้อวัณโรคแฝงจึงเป็นสิ่งเราทุกคนต้องระวัง!

วัณโรคแฝง คืออะไร?

วัณโรคแฝง ก็คือการที่เราได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย แต่เชื้อนั้นซ่อนอยู่ภายในร่างกาย เหมือนระเบิดเวลารอแสดงอาการในช่วงเวลาที่ร่างกายจะอ่อนแอ ซึ่งธรรมชาติของวัณโรคจะมีระยะเวลาในการฝักตัวค่อนข้างนาน อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือในบางรายก็เป็นปีจึงจะแสดงอาการ ซึ่งการได้รับเชื้อแต่ยังไม่แสดงอาการนี่แหล่ะ คือการเป็นวัณโรคระยะแฝง (Latent TB)

วัณโรคแฝง แม้จะไม่แสดงอาการ แต่ก็ร้ายไม่ใช่เล่น!

แม้ว่าวัณโรคแฝงจะไม่แสดงอาการ และยังไม่สามารถแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้ แต่ก็มีการศึกษาทางด้านงานระบาดวิทยาในอเมริกาหลายชิ้นที่พบว่าผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงขณะที่มีภูมิคุ้มกันปกติ 5-10% จะกลายเป็นผู้ป่วยวัณโรคภายใน 2-5 ปีหลังจากการติดเชื้อวัณโรคครั้งแรก ไม่นับรวมในกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะยิ่งมีโอกาสพัฒนาจากวัณโรคแฝงไปเป็นวัณโรคสูงขึ้น 21 เท่าเลยทีเดียว

จะรู้ได้ว่าอย่างว่าวัณโรคแฝงอยู่ในร่างกายหรือเปล่า?

การตรวจเชื้อวัณโรคแฝงสามารถทำได้ 2 วิธีคือ

1. การทดสอบทางผิวหนังด้วยทุเบอร์คุลิน (Tuberculin skin test) ซึ่งจะเป็นการฉีดโปรตีนสกัดจากเชื้อวัณโรค ที่เรียกว่า PPD (Purified protein derivative) ปริมาณ 0.1 มิลลิลิตร

เข้าในชั้นผิวหนังบริเวณท้องแขน หลังจากนั้น 48 ถึง 72 ชั่วโมง ก็จะทำการวัดขนาดรอยนูนบริเวณที่ฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง

2. การทดสอบ Interferon-gamma release assays (IGRAs) ซึ่งเป็นการตรวจเลือด โดยการหาค่า Interferon-gamma (IFN-γ) ซึ่งจะแสดงขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อวัณโรคขึ้นในร่างกาย ซึ่งจะช่วยลดการเกิด “ผลบวกลวง” ได้มากกว่า ซึ่งการตรวจเลือด IGRAs นั้น เป็นหนึ่งในการตรวจที่มีในแพ็กเกจตรวจสุขภาพมาตรฐาน

ดังนั้น อยากรู้เท่าทัน “วัณโรคแฝง” การตรวจสุขภาพเป็นประจำช่วยได้

ใช่คุณหรือไม่? ที่เสี่ยงวัณโรคแฝง

หากถามว่าใครบ้างที่มีโอกาสเสี่ยงวัณโรคแฝง คงต้องบอกว่า “ทุกคน” โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่

- สัมผัสใกล้ชิดกับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค
- เดินทางไปในที่ชุมชนแออัด หรือมีคนจำนวนมาก
- เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ที่ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน

วัณโรคแฝง รักษาได้หรือไม่?

หากตรวจพบว่ามีค่า Interferon-gamma (IFN-γ) แนวทางการรักษาหลักๆ ก็จะแบ่งออกเป็น 2 แนวทางคือ

1. ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันในระดับปกติ : แพทย์จะพิจารณาในการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

2. ในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือมีประวัติเคยเป็นวัณโรค : แพทย์จะพิจาณราใช้ยายับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของคนไข้ในการทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์

ดูแลตัวเองอย่างไร? เพื่อลดความเสี่ยงวัณโรคแฝง

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นวัณโรค
- สวมใส่หน้ากากอนามัย เมื่อเดินทางไปในที่มีผู้คนจำนวนมาก
- ล้างมือสม่ำเสมอหลังหยิบจับสิ่งของร่วมกับผู้อื่น
- ออกกำลังกายเพื่อเสริมความภูมิคุ้มกัน
- ตรวจสุขภาพเป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจดูการทำงานของปอด และคัดกรองความเสี่ยงวัณโรคแฝง

ที่มา https://www.phyathai.com/th/article/latent-tuberculosis-acticle-pt3

ลำไส้กลืนกันในเด็ก ภาวะเสี่ยงทำลำไส้อุดตัน

ผศ.นพ. ชลศักดิ์ ถิรภัทรพันธ์
แพทย์ที่ปรึกษา สาขากุมารศัลยศาสตร์
ศูนย์สุขภาพเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาล พญาไท 2

ลำไส้กลืนกัน คืออะไร?

ลำไส้กลืนกัน หรือ Intussusception คือ ภาวะที่ลำไส้ส่วนต้นถูกกลืนเข้าไปในลำไส้ส่วนที่อยู่ปลายกว่า โดยลำไส้ที่ถูกกลืนเข้าไปอยู่ด้านในจะเรียกว่า Intussusceptum และลำไส้ที่อยู่ด้านนอกจะเรียกว่า Intussuscipiens ทั้งนี้ตำแหน่งที่พบได้บ่อยสุดคือ Terminal Ileum ซึ่งถูกกลืนเข้าไปในลำไส้ใหญ่ทั้งยังนับเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในภาวะฉุกเฉินทางช่องท้องในเด็กอายุ 3 เดือน – 2 ปี

อาการภาวะลำไส้กลืนกัน ที่คุณพ่อคุณแม่ควรสังเกตจากลูกน้อย

เด็กที่มีภาวะลำไส้กลืนกัน มักมีอาการปวดท้องบีบเกร็ง (Cramping Abdominal Pain) มีช่วงที่หายปวดสลับกับปวดเป็นพักๆ หากเกิดในเด็กเล็กผู้ปกครองจะสังเกตได้ว่าเด็กจะร้องกวนขึ้นมา ตัวเกร็ง งอขาขึ้นโดยเป็นอยู่สักพัก หลังจากนั้นจะหยุดร้องและสงบลง นอกจากนี้อาจพบอาการของลำไส้อุดตัน ซึ่งได้แก่ อาเจียนมีน้ำดีปน ท้องอืด และหากปล่อยไว้นานจะมีอาการถ่ายปนมูกเลือด (Currant jelly stool) ดังนั้นไม่ควรปล่อยทิ้งไว้ หากเด็กมีอาการเบื้องต้นหรือสงสัย ให้รีบพาไปพบแพทย์จะดีกว่า

การวินิจฉัยอาการลำไส้กลืนกัน

แพทย์จะทำการวินิจฉัยโรคลำไส้กลืนกันด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

1. Plain abdominal film คือ การถ่ายภาพรังสีช่องท้อง เป็นการส่งตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาเบื้องต้น เพื่อวินิจฉัยถึงสาเหตุของอาการปวดท้องเฉียบพลัน การบาดเจ็บของช่องท้อง และการกลืนสิ่งแปลกปลอม หรือพบลักษณะของลำไส้อุดตัน ได้แก่ ลำไส้เล็กที่อยู่ก่อนถึงจุดอุดตันมีการขยายตัวใหญ่ขึ้น, absence air in colon และเห็นลักษณะของเนื้อเยื่ออ่อน ซึ่งพบบ่อยที่บริเวณช่องท้องส่วนขวาบน

2. Ultrasonography คือ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ด้วยการส่งคลื่นเสียงความถี่สูงออกไปจากหัวตรวจ (Transdneer) คลื่นเสียงจะกระทบกับเนื้อเยื่อต่างๆ ซึ่งมีความสามารถในการผ่านและสะท้อนกลับไม่เท่ากัน หัวตรวจจะทำหน้าที่รับสัญญาณคลื่นเสียงที่สะท้อนกลับในระดับต่างๆ ซึ่งบ่งถึงความหนาแน่นและระดับความลึกของเนื้อเยื่อนั้น แล้วนำสัญญาณที่ได้รับมาประมวลผลและสร้างเป็นภาพขึ้นมา ถือเป็นทางเลือกที่มีข้อดีคือ ผู้ป่วยไม่ต้องได้รับรังสีโดยตรง ลักษณะที่พบจากภาพ ultrasonography ได้แก่ target sign หรือ bull's eye sign หากตัดในแนว transverse และ pseudokidney sign ในแนว longitudinal section

แนวทางการรักษาโรคลำไส้กลืนกัน

1. ผู้ป่วยควรได้รับการเปิดเส้นเลือดเพื่อให้สารน้ำ fluid resuscitation เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการของภาวะขาดน้ำ จากการอาเจียนหรือจากภาวะลำไส้อุดตัน (small bowel obstruction) หรืองดน้ำงดอาหาร (NPO) มา

2. ในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตปกติ และไม่มีสัญญาณลำไส้ตายจากการขาดเลือด พิจารณาทำการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ปัจจุบันนิยมทำการสวนด้วยแรงดันอากาศ (pneumatic reduction) มีความปลอดภัยและโอกาสสำเร็จค่อนข้างสูง

3. การผ่าตัดทำเมื่อ failed pneumatic reduction หรือมี sign of bowel gangrene/perforation ในการผ่าตัดหลังจากเปิดเข้าช่องท้อง (laparotomy) แล้ว จากนั้นแพทย์จะทำการใช้มือบีบรูดจากลำไส้ด้านปลาย เพื่อดันส่วนนำให้ถอยหลังออกไปจนลำไส้หายกลืนกัน (manual reduction) และควรสำรวจหา pathologic leading point เช่น ภาวะที่มีถุงที่ผนังลำไส้เล็ก ซึ่งเป็นมาแต่กำเนิด (Meckel's diverticulum) ด้วย หากไม่สามารถทำ manual reduction ได้หรือพบลักษณะของลำไส้ตายจากการขาดเลือด (bowel gangrene) ให้พิจารณาทำการผ่าตัดลำไส้ (bowel resection)

ลำไส้กลืนกันในเด็ก กับโอกาสการเป็นซ้ำ

ลำไส้กลืนกันในเด็กนั้นมีโอกาสการเกิดซ้ำ พบได้ 15% ในกลุ่มที่ทำการสวนด้วยแรงดันอากาศ (pneumatic reduction) และ 5% ในกลุ่มที่ทำการผ่าตัด (operative reduction) โดยพบมากที่สุดใน 24 ชั่วโมงแรก หากเป็นซ้ำบ่อยๆ ควรนึกถึง pathologic leading point ด้วย

ที่มา https://www.phyathai.com/th/article/intussusception-pt2