

วัณโรคช่องท้อง

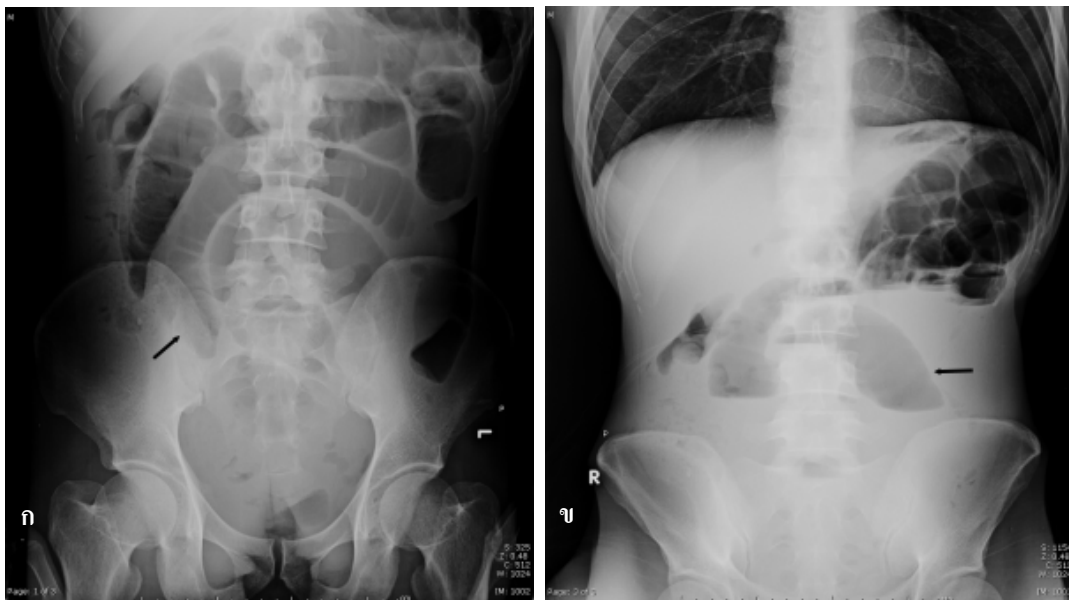
กอบกุล เมืองสมบุญ*

วณโรคในช่องท้องพบได้ประมาณ ๑/๓ ของผู้ป่วยวัณโรคปอด และพบได้มากขึ้นจากอุบัติการณ์โรคติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น. ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคในช่องท้องได้แก่ ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (สเตียรอยด์), ผู้ป่วยตับแข็ง, และผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง^(๑). การติดเชื้อวัณโรคในช่องท้องเกิดจากการกลืนเชื้อวัณโรคจำนวนมากในเสมหะของผู้ป่วยวัณโรคปอด (ในอดีตอาจเกิดจากการดื่มนมที่มีเชื้อปนเปื้อน). เมื่อลำไส้ติดเชื้อก็จะแพร่กระจายเชื้อต่อไปทางกระแสเลือด และกระแสน้ำเหลือง (เริ่มต้นจาก ต่อมมน้ำเหลืองมีเซนเทอร์ริค).

วัณโรคทางเดินอาหาร

วัณโรคทางเดินอาหาร พบได้บ่อยที่ตำแหน่งลำไส้เล็กส่วนปลายต่อลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (ileo-cecal) เนื่องจากมีเชื้อวัณโรคในระบบน้ำเหลืองอยู่มาก. พยาธิสภาพพบได้หลายตำแหน่ง เช่นแผลที่เยื่อลำไส้, ผนังลำไส้อักเสบ บวมหนา.

การถ่ายภาพรังสีทางเดินอาหารหลังกลืนแบเรียม พบเงาแผลที่เยื่อลำไส้ มักเป็นแผลทางยาว (linear ulcer), ลำไส้บีบเกร็ง. ต่อมาจะพบผนังบวมหนา. ความผิดปกติพบบ่อยคือบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลาย (terminal ileum) (รูปที่ ๑),



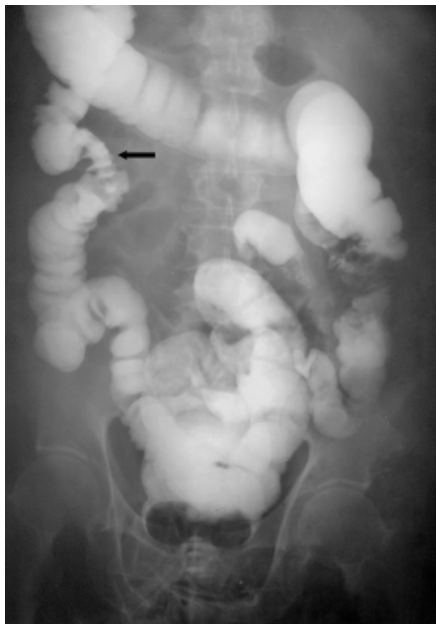
รูปที่ ๑ ก, ข ภาพรังสีช่องท้อง ทานอนและทำขึ้น แสดงห้วงลำไส้เล็กโป่งพอง (ลูกศร) เกิดจากการอุดกั้นลำไส้เล็กส่วนปลาย.

*ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

และอาจตามมาด้วยการมีพังผืดทำให้พบการตีบแคบของลำไส้เล็กส่วนปลาย ทำให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน (รูปที่ ๒). ระยะต่อมาบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (ซีคัม) เปลี่ยนลักษณะเป็นรูปกรวย เนื่องจากมีพังผืด (รูปที่ ๓). ในบางครั้งสามารถตรวจพบแผลที่ผนังลำไส้ที่ทะลุ ทำให้เกิดทางติดต่อกับอวัยวะข้างเคียง.

การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สแกน (ซีที) พบผนังลำไส้บวมหนา โดยเฉพาะที่ล้นไอลีโอซีคัล และบริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (รูปที่ ๔) และมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงโต^(๒-๔).

การวินิจฉัยแยกโรคจากการติดเชื้ออมีบา, มะเร็งลำไส้ และภาวะอักเสบอื่น เช่น โรคโครห์น.



รูปที่ ๒ ภาพรังสีลำไส้ หลังกลืนแบเรียม แสดงลำไส้เล็กส่วนปลายมีผนังบวมหนา (ลูกศร).



รูปที่ ๓ ภาพรังสีลำไส้ แสดงรอยโรควงโรคที่ลำไส้ใหญ่ส่วนต้น มีลักษณะรูปกรวย (ลูกศร) จากมีเนื้อพังผืด.



รูปที่ ๔ ก, ข ภาพรังสีซีทีสแกนช่องท้อง แสดงลำไส้เล็กส่วนปลายมีผนังบวมหนา (ลูกศร).

วัณโรคเยื่อช่องท้อง

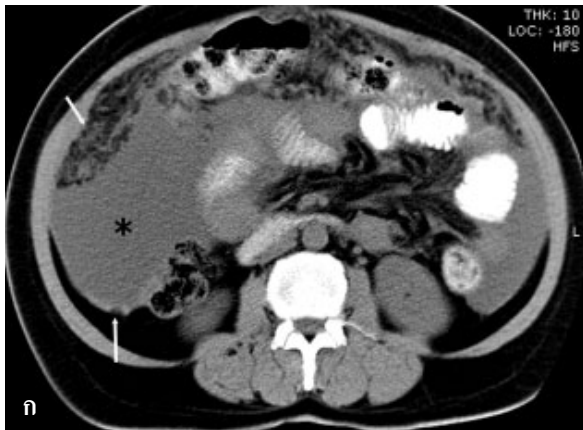
วัณโรคของเยื่อช่องท้อง (tuberculous peritonitis) มักพบร่วมกับวัณโรคลำไส้และต่อมน้ำเหลืองช่องท้อง. วัณโรคเยื่อช่องท้อง มี ๓ แบบ^(๕) คือ

๑. *แบบเปียก* เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด มีน้ำในช่องท้องทั่วไป หรือขังเฉพาะที่. น้ำในช่องท้องผู้ป่วยวัณโรคเยื่อช่องท้องมีเซลล์และโปรตีนสูง.

๒. *แบบแห้ง (Plastic type)* เยื่อช่องท้องมีตุ่มเคลือบเล็กๆ และมีพังผืด.

๓. *แบบพังผืดตรึงติด (Fibrotic fixed type)* เยื่อช่องท้องหนาตัวและโอเมนทัลจับเป็นก้อน และมีพังผืดยึดติดลำไส้รวมกันเป็นก้อน.

การตรวจด้วยคอมพิวเตอร์สแกนพบเยื่อช่องท้องหนา, บางครั้งหนาซุซระ (รูปที่ ๕), หรือเป็นตุ่ม, หรือมีหินปูน



รูปที่ ๕ ก, ข ภาพซีทีสแกน แสดงสารน้ำในช่องท้อง (*) และการหนาตัวของเยื่อช่องท้อง (ลูกศร).

กระจายอยู่ตามเยื่อช่องท้อง. การตรวจวิธีนี้ให้รายละเอียดของพยาธิสภาพที่ผนังลำไส้ และอวัยวะในช่องท้องได้ดี โดยเฉพาะที่เยื่อช่องท้อง ตับ-ม้าม และต่อมน้ำเหลือง.

ภาพรังสีวัณโรคเยื่อช่องท้อง ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากมะเร็งแพร่กระจายที่เยื่อช่องท้อง (carcinomatosis peritonii), เนื้องอกเยื่อช่องท้องปฐมภูมิ (malignant mesothelioma) และการติดเชื้ออื่น. ถ้าตรวจพบความผิดปกติภายในช่องท้องและลูกกลมจากเยื่อช่องท้องออกนอกช่องท้อง แสดงว่าเกิดจากการติดเชื้อวัณโรคมากกว่าภาวะอื่น^(๕-๖).

วัณโรคตับและม้าม

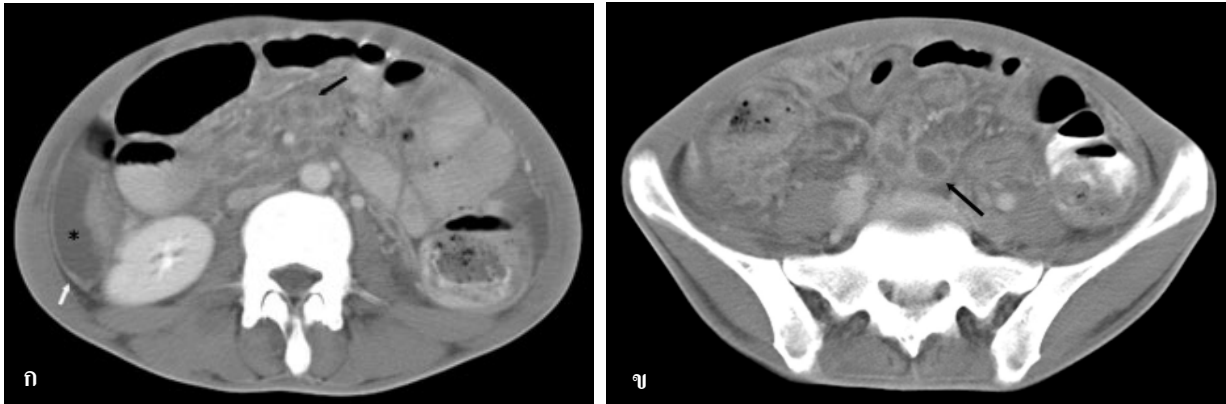
วัณโรคตับและม้าม ส่วนใหญ่เชื้อแพร่กระจายมาทางกระแสเลือดจากวัณโรคที่ส่วนอื่น. ตรวจพบตับ-ม้ามโต, มีตุ่มหรือโพรงฝีร่วมด้วย (รูปที่ ๖), หรือพบเพียงตับ-ม้ามโตเพียงอย่างเดียว.

ลักษณะทางรังสีวิทยาของตุ่มหรือโพรงฝีวัณโรค มี ๒ แบบ

๑. *แบบมิลิเอารี* มีตุ่มเล็ก ๆ กระจายทั่วไปที่ตับและม้าม. ภาพซีทีสแกนแสดงเงาตุ่มเล็ก ๆ ลักษณะรอยโรคความแน่นต่ำ (low-density lesion), ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากมะเร็งแพร่กระจาย, การติดเชื้อรา และสาร์คอยโดสิส.



รูปที่ ๖ ภาพซีทีสแกน แสดงโพรงฝีวัณโรคในตับ (ลูกศร).



รูปที่ ๓ ก, ข ภาพซีทีสแกน แสดงต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องโต มีลักษณะความแน่นต่ำตรงใจกลางและขอบรอบๆ เข้มขึ้น (ลูกศรสีดำ), ในช่องท้อง (*) และการหนาตัวของเยื่อช่องท้อง (ลูกศรสีขาว).

๒. แบบเม็ดขนาดใหญ่ พบน้อย. ภาพซีทีสแกน แสดงเงาตุ่มลักษณะความแน่นต่ำ แต่มีขนาดใหญ่กว่าแบบแรก, และบางครั้งเป็นก้อนเดี่ยวในตับ (ทุเบอร์คิวโลมา) ต้องแยกจากภาวะเนื้องอกปฐมภูมิในตับ, มะเร็งแพร่กระจายมาที่ตับ, หรือฝีตับจากเชื้ออื่น. ระยะต่อมาอาจตรวจพบหินปูนในตับและม้าม^(๕,๗,๘).

วัณโรคต่อมน้ำเหลือง

วัณโรคในช่องท้องพบต่อมน้ำเหลืองโตบ่อยที่สุด^(๑) โดยเฉพาะต่อมน้ำเหลืองที่อยู่บริเวณเยื่อช่องท้อง (มีเสนเทอร์รี่ และ โอเมนทัม), และต่อมน้ำเหลืองบริเวณตับอ่อน.

ภาพซีทีสแกนแสดงลักษณะกลุ่มต่อมน้ำเหลืองโตและอาจมีลักษณะเงาความแน่นน้อยตรงใจกลาง และเงาเข้มบริเวณรอบๆ. ต่อมน้ำเหลืองที่โตมักพบเป็นกลุ่ม หรือรวมกันเป็นก้อน (รูปที่ ๗). ภาวะที่ต่อมน้ำเหลืองมีลักษณะความแน่นน้อยตรงใจกลางเป็นลักษณะที่เกิดจากเนื้อตายเคสิเอชั่น^(๑,๕). ลักษณะที่ตรวจพบทางรังสีวิทยาของกลุ่มวัณโรคต่อมน้ำเหลืองจะไม่แตกต่างกันสำหรับผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยเอดส์^(๓). บางครั้งต้องวินิจฉัยแยกโรคจากการติดเชื้อ*มายโคแบคทีเรีย* ชนิดพันธุ์อื่น เช่น *Mycobacterium avium-intracellulare*, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง, หรือมะเร็งอื่นที่แพร่กระจายมาที่ต่อมน้ำเหลือง^(๕).

เอกสารอ้างอิง

๑. Hulnick DH, Megibow AJ, Naidich DP, Hilton S, Cho KC, Balthazar EJ. Abdominal tuberculosis: CT evaluation. *Radiology* 1985;157:199-204.
๒. Bargallo N, Nicolau C, Luburich P, Ayuso C, Cardenal C, Gimeno F. Intestinal tuberculosis in AIDS. *Gastrointest Radiol* 1992;17:115-8.
๓. Balthazar EJ, Gordon R, Hulnick D. Ileocecal tuberculosis: CT and radiologic evaluation. *Am J Roentgenol* 1990;154:499-503.
๔. Denath FM. Abdominal tuberculosis in children: CT findings. *Gastrointest Radiol* 1990;15:303-6.
๕. Harisinghani MG, McCloud TC, Shepard JA, Ko JP, Shroff MM, Mueller PR. Tuberculosis from head to toe. *Radiographics* 2000;20:449-70.
๖. Zirinsky K, Auh YH, Kneeland JB, Rubenstein WA, Kazam E. Computed tomography, sonography and MR imaging of abdominal tuberculosis. *J Comput Assist Tomogr* 1985;9:961-3.
๗. Choi BI, Im JG, Han MC, Lee HS. Hepatosplenic tuberculosis with hypersplenism: CT evaluation. *Gastrointest Radiol* 1989;14:265-7.
๘. Levine C. Primary macronodular hepatic tuberculosis: US and CT appearances. *Gastrointest Radiol* 1990;15: 307-9.
๙. Radin DR. Intraabdominal *Mycobacterium tuberculosis* vs *Mycobacterium avium-intracellulare* infections in patients with AIDS: distinction based on CT findings. *Am J Roentgenol* 1991;156:487-91.