

พยาธิตัวจิ๊ดในช่องลูกตาส่วนหน้า



ไพโรจน์ พิพิธแสงจันทร์, พ.บ.

บทคัดย่อ

พยาธิตัวจิ๊ด เป็นพยาธิตัวกลมในเนื้อเยื่อ (tissue parasite) ที่พบมากที่สุดในประเทศไทย และเป็นอันดับสองที่พบในลูกตา การตรวจตาโดยละเอียดและรีบทำผ่าตัดเอาตัวพยาธิออกเร็วที่สุดก็จะทำให้ผู้ป่วยกลับมามองเห็นได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ทั้งยังป้องกันอันตรายที่อาจเกิดต่อชีวิตด้วย ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วยรายหนึ่งที่มาด้วยอาการปวดตา ตามัว ตรวจพบมีพยาธิตัวจิ๊ดในช่องลูกตาส่วนหน้าและได้ใช้แสงเลเซอร์ฉายไปที่ตัวพยาธิจนหยุดการเคลื่อนไหวแล้วจึงทำผ่าตัดเอาพยาธิตัวจิ๊ดออกทันที **จักษุเวชสาร 2551; กรกฎาคม-ธันวาคม 22(2): 127-131.**

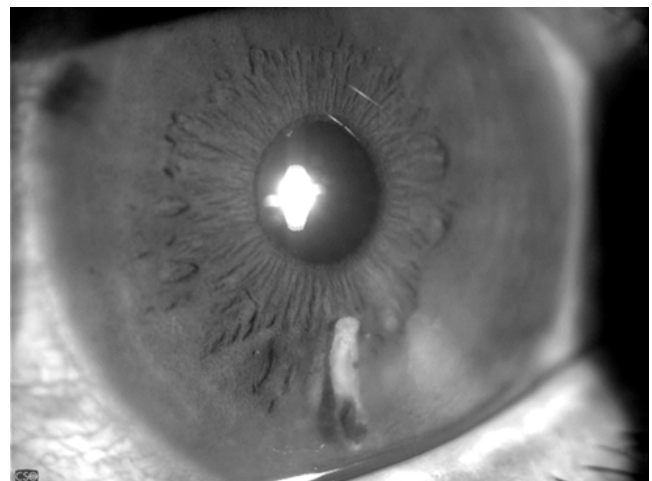
บทนำ

พยาธิตัวจิ๋ว (*Gnathostoma spinigerum*) เป็นพยาธิที่อยู่ในสัตว์กินเนื้อ เช่น สุนัข แมว เสือ พบมากในประเทศแถบร้อน เช่น ไทย อินเดีย มาเลเซีย จีน ญี่ปุ่น อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เป็นพยาธิในเนื้อเยื่อ (tissue parasite) ที่พบมากที่สุดในประเทศไทยและเป็นอันดับสองที่พบในลูกตารองจากพยาธิตีดหมู¹ (cysticercosis) พยาธิตัวจิ๋วพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2379 โดย Richard Owen ที่ก้อนเนื้ออกในกระเพาะอาหารของซากเสือที่ตายแล้ว² ต่อมามีการพบตัวอ่อนพยาธิตัวจิ๋วในร่างกายมนุษย์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2432 โดย Levensen ในफीที่เต้านมของผู้หญิงไทย³ หลังจากนั้นก็มีรายงานพบในอวัยวะส่วนอื่นๆ เช่น ผิวหนัง สมอง ปอด และอวัยวะภายในอื่น สำหรับภายในลูกตาพบครั้งแรกที่ประเทศไทยโดย Rhithibaed และ Daengsvang ในปี พ.ศ. 2500⁴

วงจรชีวิตของพยาธิตัวจิ๋ว ตัวแก่จะอาศัยอยู่ในก้อนเนื้ออกข้างกระเพาะอาหารของแมวหรือสุนัข ไข่พยาธิจะออกมาปะปนกับอุจจาระของสัตว์เหล่านั้นแล้วเจริญฟักตัวเป็นตัวอ่อนระยะที่ 1 ในน้ำ เมื่อไร้กุ้ง (cyclops) ซึ่งเป็นตัวถูกอาศัยกลางที่ 1 (intermediate host) กินเข้าไป ตัวอ่อนจะเจริญเติบโตเป็นตัวอ่อนระยะที่ 2 ต่อมาตัวถูกอาศัยกลางที่ 2 คือ ปลา กบ นก ไก่ กินไร้กุ้งเข้าไปตัวอ่อนก็เจริญเป็นตัวอ่อนระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะติดต่อ อาศัยอยู่ในกล้ามเนื้อและมีซิสต์หุ้มตัว เมื่อตัวถูกอาศัยธรรมชาติ เช่น แมวหรือสุนัข กินเข้าไป ตัวอ่อนระยะที่ 3 จะออกจากซิสต์ไซกระเพาะอาหารเจริญฝังตัวเติบโตเป็นตัวแก่อาศัยในก้อนเนื้ออกข้างกระเพาะอาหารต่อไปและจะออกมาปนกับอุจจาระเป็นวงจรต่อไป แต่ถ้าคนซึ่งเป็นตัวถูกอาศัยบังเอิญ (accidental host) กินตัวถูกอาศัยกลางที่ 2 ดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ตัวอ่อนระยะที่ 3 จะออกจากซิสต์และเดินทางไปที่ต่างๆ ของร่างกายแต่ยังคงเป็นตัวอ่อนระยะที่ 3 อยู่ ไม่เจริญเป็นตัวแก่และไม่มีการสืบพันธุ์ เมื่อตัวอ่อนพยาธิเคลื่อนไปอยู่ที่ใดจะทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะนั้น เช่น ที่ผิวหนังจะมีอาการบวมเคลื่อนที่ลักษณะบวมแดง ตึง อาจปวดและคันด้วย ถ้าอยู่บริเวณเปลือกตาอาจบวมมากจนตาปิด ถ้าเข้าในลูกตาทำให้ลูกตาอักเสบและอาจถึงกับตาบอดได้ ถ้าเข้าสู่ระบบประสาททำให้สมองหรือไขสันหลังอักเสบชนิด eosinophilic meningo-myeloencephalitis ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้⁵

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 39 ปี อาชีพทำนา ภูมิลำเนาอยู่อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ให้ประวัติว่าเมื่อประมาณ 2 เดือนก่อน มีอาการปวด จุก และบวมบริเวณท้องแถวลิ้นปี่ต่อมา 1 เดือน มีอาการบวมที่แก้มซ้ายแล้วค่อยๆ ยุบไปเองไม่เคยไปตรวจที่ไหนมาก่อน 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลสุรินทร์ มีอาการตาข้างซ้ายแดง ปวดตา ตาพร่ามัว ผู้ป่วยชอบกินปลาร้า ปลาจ่อมเป็นประจำ ตรวจตาข้างซ้ายมองเห็น 20/40 pinhole ไม่ดีขึ้น ความดันตา 46 mmHg มีciliary injection, anterior chamber cell 3+ แพทย์วินิจฉัยโรคมาตาอักเสบและต้อหินแทรกซ้อน ให้การรักษาด้วยยาหยอดตา 1% prednisolone acetate ทุก 2 ชั่วโมง, 0.5% timolol maleate ทุก 12 ชั่วโมง ยาทาน prednisolone (5 mg) และ acetazolamide (250 mg) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 4 เวลา, ต่อมา 2 สัปดาห์ผู้ป่วยมีอาการปวดตามากขึ้น สายตาข้างซ้าย 20/100 pinhole ไม่ดีขึ้น ความดันตา 41 mmHg, anterior chamber cell 4+ และ flare, iris atrophy, iris hole ตรวจพบตัวอ่อนพยาธิ (parasite larva) สีขาวขนาดกว้างประมาณ 0.5 mm. ยาวประมาณ 3 mm. เคลื่อนไหวอยู่ในช่องลูกตาส่วนหน้าตำแหน่ง 6 นาฬิกา ตามรูปที่ 1 ได้หยอดยาชาแล้วฉายแสง Nd Yag laser ที่ตัวอ่อนพยาธิเพื่อหยุดการเคลื่อนไหว และนำผู้ป่วยไปทำผ่าตัดทันทีโดย retrobulbar block ได้นำตัวอ่อนพยาธิส่งตรวจทางปรสิตวิทยา ยืนยันว่าเป็นตัวอ่อนระยะที่ 3 ของพยาธิตัวจิ๋ว ตามรูปที่ 2 ผลการตรวจเลือดพบ white cell count



รูปที่ 1 ตัวอ่อนพยาธิตัวจิ๋วในช่องลูกตาส่วนหน้า (รูปสีท่ายเล็ม)



รูปที่ 2 ตัวอ่อนพยาธิตัวจิ๊ดหลังการผ่าตัดออกจากลูกตา (รูปสีท่ายเล่ม)

1,1050/ml, neutrophil 51.5%, lymphocyte 21.4%, monocyte 3.3%, basophil 0.3% และ eosinophil สูงถึง 23.5%, เอ็กซเรย์ปอด และเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ปกติ ตรวจ fundus ไม่พบ parasite tract ทั้งที่ optic nerve head และ retina

ผลการรักษา

หลังการผ่าตัดให้ยาหยอดตา 1% prednisolone acetate, poly-oph วันละ 4 ทน, ยาหยอด 1% atropine, 0.5% timolol maleate วันละ 2 ทน, acetazolamide (250 mg) วันละ 3 ทน หลังจากนั้น 10 วันผู้ป่วยมาตรวจซ้ำ ไม่มีอาการปวดตา การมองเห็น 20/30+1 ความดันตา 12 mmHg จึงได้หยุดยารักษาต่อหิน และแนะนำเรื่องสุขลักษณะการบริโภคอาหารควรปรุงให้สุกและดื่มน้ำสะอาด

วิจารณ์

ในประเทศไทยโดยเฉพาะพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งประชาชนส่วนมากยังมีความนิยมรับประทานอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ อยู่ และมีปัญหาเกี่ยวกับสุขลักษณะในการดำรงชีวิตด้วย ฉะนั้นเมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการม่านตาอักเสบหรือเปลือกตาบวม ควรที่จะคำนึงถึงโรค Gnathostomiasis ไปด้วย เพราะถ้าได้ทำการตรวจแล้วมองเห็นตัวอ่อนพยาธิและทำการผ่าตัดออกโดยเร็วจะเป็นการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด ทั้งเป็นการ

ป้องกันอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยอีกด้วยถ้าหากตัวอ่อนพยาธินั้นเคลื่อนเข้าสู่สมองหรือไขสันหลัง สำหรับผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการของม่านตาอักเสบและมีต่อหินแทรกซ้อน มาครั้งแรกตรวจไม่พบตัวอ่อนพยาธิ แต่ก็ได้มีการนัดดูแลต่อเนื่อง ครั้นต่อมาจึงพบตัวอ่อนพยาธิในช่องลูกตาส่วนหน้า ปัญหาของการผ่าตัดนำตัวอ่อนพยาธิออกมาคือ ตัวอ่อนพยาธิอาจจะเคลื่อนไหลหลบหนีไปก่อน ในอดีตที่ผ่านมามีการใช้เครื่องจี้ความเย็น (cryoapplication)⁶ ใช้แสงเลเซอร์ฉายไปที่ตัวอ่อนพยาธิเพื่อหยุดการเคลื่อนไหล¹ ใช้สารหนืด (viscoelastic agent) ฉีดเข้าไปในช่องลูกตาส่วนหน้าเพื่อลดการเคลื่อนไหลของตัวอ่อนพยาธิแล้วจึงทำผ่าตัดนำออกมา⁷ ผู้เขียนเลือกใช้วิธีฉายแสงเลเซอร์ เนื่องจากเห็นว่าตัวอ่อนพยาธิเคลื่อนไหลเร็วโดยเฉพาะเมื่อถูกแสงจากกล้องส่องตรวจและถ่ายรูป ประกอบกับเครื่องฉายแสงเลเซอร์อยู่ใกล้ห้องตรวจ สามารถใช้ได้ทันที ดังนั้นแนวทางต่างๆ ที่กล่าวมา ไม่ว่าจะพิจารณาใช้วิธีไหนแล้วแต่สถานการณ์ความสะดวก ซึ่งมีเป้าหมายเดียวกันคือ นำตัวอ่อนพยาธิออกจากลูกตาให้เร็วที่สุด

สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมาด้วยอาการของม่านตาอักเสบและมีความดันตาสูงได้นัดตรวจดูแลรักษาต่อเนื่องครั้งต่อมาตัวอ่อนพยาธิตัวจิ๊ดก็ออกมาให้เห็นในช่องลูกตาส่วนหน้า ซึ่งเป็นอวัยวะเดียวที่สามารถมองเห็นตัวอ่อนพยาธิตัวจิ๊ดได้

โดยตรง การรีบทำผ่าตัดเอาพยาธิตัวจิ๋วออกเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุดและเป็นการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนไปสู่อวัยวะส่วนอื่นๆด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ นายแพทย์ธงชัย ตีรีวิบูลย์วณิชช์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ และแพทย์หญิงประชุมพร บุรณ์เจริญ, แพทย์หญิงผกาวรรณ นามสว่าง กลุ่มงานพยาธิวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้ตรวจสอบพยาธิและทำภาพ slide ตัวพยาธิ

เอกสารอ้างอิง

1. Pansatiankul T., Laksanaphuk P., Tayanithi P. Treatment of living intracameral Gnathostome using lasers photocoagulation. Thai J Ophthalmology 1990;4:21-4.
2. Owen R. Anatomical description of two species of Entozoa from the stomach of a tiger (*Felis tigris* L), one of which forms a new genus of Nematodea *Gnathostoma*. Proc Zoo Soc Lond 1836;47:123-6.
3. Leiper RT. The structure and relationships of *Gnathostoma siamensis* (Levinsen) .J Parasitol 1909;2:72-7.
4. Rhithibaed C. Daengsvang S. A case of blindness caused by *Gnathostoma spinigerum*. J Med AssocThai 1937;19:840-5.
5. นิภา จรูญเวสม์ และคณะ. โรคเขตร้อน ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2532. หน้า 220-3.
6. Kittiponghansa S., Prabripitlong A., Pariyanonda S., Ritch R. Intraocular Gnathomiasis; a case of anterior uveitis and secondary glaucoma. Br J Ophthalmology 1987;71:618-22.
7. ศักดิ์ชัย วงศ์กิตติรักษ์. Removal of live Gnathostome from anterior chamber by using viscoelastic agent. จักษุสาธิต 2543;14:29-32.