

กระเพาะเบาพิการจากภาวะจิตใจผิดปกติ : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ภิรณ มุตสิกพันธุ์
ทวี ศรีวงศ์

หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The non-neurogenic neurogenic bladder : a case report

Piroon Mootsikapan, Dhavee Sirivongs

Section of Nephrology, Department of Medicine, Khon Kaen Medical School

The non-neurogenic neurogenic bladder, an uncommon reported disorder, exhibits all the features of neurogenic bladder but neither anatomical obstruction nor neurological disease can be documented. Urinary retention in this disorder is believed to be due to incoordination between detrusor muscle of bladder and sphinctor. A case of a 27 year old female patient was reported. She always has repeated urinary retention and urinary tract infections after each episode of problems with her family members. Renal dysfunction (BUN 94.4 Cr 6.8 mg%) was demonstrated, but there were no abnormalities in KUB system except poor bladder contraction. After 4 weeks of antibiotic therapy, urinary bladder catheterization and bladder training, and psychological therapy, her renal function and bladder function were recovered.

บทนำ

สาเหตุที่ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง มีหลายประการ และอาจเกิดภาวะไตวายตามมาได้ สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการอุดกั้นของทางเดินปัสสาวะเช่น นิ่ว หรือไม่สามรถขับปัสสาวะออกมาได้ตามปกติเนื่องจากมีความพิการของระบบประสาทที่มาควบคุมกระเพาะ

เบา (neurogenic bladder) เช่น มีการทำลายของไขสันหลังในระดับซาครัลที่ 2,3,4 อย่างไรก็ดี มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งซึ่งตรวจไม่พบความผิดปกติดังกล่าวทั้งตำแหน่งอุดกั้นหรือทางด้านระบบประสาท แต่มีพยาธิสภาพเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะรุนแรง และมีปัญหาทางด้านจิตใจเป็นปัจจัยกำเนิดที่สำคัญ

รายงานนี้ได้เสนอผู้ป่วย 1 รายที่มีปัสสาวะกั่งและการทำงานของไตเสื่อมลง โดยไม่พบความผิดปกติเกี่ยวกับสิ่งอุดกั้นหรือโรกระบบประสาทแต่อย่างไร แต่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจซึ่งเมื่อให้การทำจิตบำบัดพบว่าการทำงานของไตดีขึ้นด้วย รายงานนี้นำเสนอเพื่อเตือนให้คิดถึงสาเหตุที่พบได้น้อยประการหนึ่งของภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะซึ่งไม่มีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงอายุ 27 ปี (HN BZ 8120) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เนื่องจากปัสสาวะไม่ออกและติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อนเป็นเวลา 3 สัปดาห์

3 สัปดาห์ก่อนมีเรื่องขัดใจกับพี่ชาย วันต่อมาปัสสาวะออกน้อยและปัสสาวะลำบากเป็นช่วงๆ เป็นอยู่ประมาณ 2 วันเริ่มมีไข้ต่ำๆ เจ็บเอว 2 ข้าง ปัสสาวะไม่ออกไปพบแพทย์ที่คลินิกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบให้ยาปฏิชีวนะและสวนปัสสาวะให้ หลังจากนั้นผู้ป่วยต้องไปสวนปัสสาวะทุกวันๆ ละ 2 ครั้ง ตลอด 2 สัปดาห์ อาการไข้ ปวดเอวหายไป หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะออกได้เอง ปริมาณแต่ละครั้งไม่มาก

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีเรื่องขัดใจกับบิดา วันถัดมามีปัสสาวะไม่ออกเลย ร้องไห้และปวดจาสืบสน มือเจ้าจิบ หายใจหอบ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตอักเสบร่วมกับภาวะไตวาย ให้การรักษา 3 วันและคาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะออกได้ดี หลังจากเอาสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ แต่ปัสสาวะยังขุ่นอยู่

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารดาขัดใจผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการมือเท้าจิบ ร้องไห้พุดจาเพื่อเจ้อไม่ปัสสาวะเลย ญาติจึงพามารักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ปกติผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่เคยมีปัญหากับการขับถ่ายปัสสาวะมาก่อน ไม่มีโรคประจำตัว แต่ผู้ป่วยเป็นคนเก็บตัว คิดมาก ชอบบ่นน้อยใจว่าต้องรับผิดชอบงานบ้านผู้เดียว บางครั้งมีหูแว่วตรวจร่างกาย เป็นผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างผอมบาง ทำทางก้วล พุดจาสืบสน ร้องไห้ BT 36°C PR 100/min RR 20/min BP 110/70 mmHg ตรวจร่างกายระบบต่างๆ ปกติ ไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาท ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hct 36% WBC 17750 cells/cu.m., Band 2%, PMN 96%, L 2%

UA : pH 8.5, SpGr 1.012, alb 1⁺, sugar negative, wbc numerous, Gram stain negative for bacteria

Blood chemistries : BS 84 mg/dl, BUN 94.4 mg/dl, Cr 6.8 mg/dl

Ca²⁺ 8.4 mg/dl PO₄²⁻ 5.4 mg/dl uric acid 7.5 mg/dl

chol 140 mg/dl, alb 34 gm/L, glob 32 gm/L

Electrolytes : Na⁺120 mEq/L, K⁺3.1 mEq/L, HCO₃- 17.8 mEq/L, Cl⁻84 mEq/L

ANF : negative, LE cell : not found

plain KUB : no opaque stone

การรักษาในโรงพยาบาลโดยให้สารน้ำในปริมาณที่เหมาะสมร่วมกับลดภาวะปัสสาวะกั่งโดยการคาสายสวนปัสสาวะ และรักษาภาวะติดเชื้อที่มีร่วมด้วย พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนปัสสาวะออกดีและใสขึ้น จากการติดตามการทำงานของ

ไต่พบว่า BUN และ Cr ตีขึ้นตามลำดับ หลังจากให้การรักษา 2 สัปดาห์ BUN และ Cr ลดลงเหลือ 21.9 และ 1.6 ml/dl ตามลำดับ เมื่อผู้ป่วยมีอาการตีขึ้นจึงได้ฝึกกระเพาะเบา (bladder training) จนสามารถถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ โดยมีจำนวนปัสสาวะคงค้างน้อยกว่า 50 มล. หลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง นอกจากนั้นยังให้การบำบัดรักษาทางจิตใจร่วมด้วย สภาพจิตของผู้ป่วยก็ดีขึ้นด้วย และยังได้ทำการตรวจสอบเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุที่ปัสสาวะกั่งในผู้ป่วยรายนี้ ผลดังข้างล่าง

Ultrasound of KUB system: Mild to moderate degree of pelviciiectasis of both kidneys, no stone.

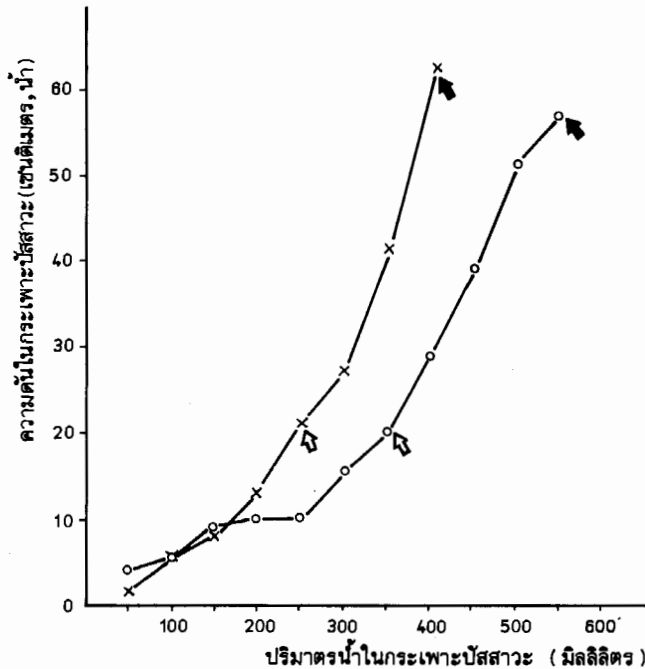
Retrograde pyelography : dilatation of caliceal system without demonstrable cause of obstruction.

Voiding cystourethrography : No vesicoureteral reflux, No filling defect in bladder

Cystoscope : Bullous cystitis of bladder neck, no obstruction

Cystometry : (ดูรูปที่ 1)

- First examination (Before bladder training) showed initial pain at 350 ml of fluid volume
- Second examination (After 7 days of training) showed initial pain at 250 ml of fluid volume



รูปที่ 1 แสดงผลการตรวจวัดความดันในกระเพาะปัสสาวะ (โดยใช้ปริมาณน้ำ) ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะ

o—o แสดงการตรวจก่อนการรักษา x—x แสดงการตรวจหลังการรักษา

ลูกศรโปร่ง แสดงขนาดแรงดันที่ทำให้เกิด initial pain

ลูกศรทึบ แสดงขนาดแรงดันที่ทำให้เกิด terminal pain

บทวิจารณ์

กลไกการขับถ่ายปัสสาวะคือ การที่มิปัสสาวะไหลออกจากทางเดินปัสสาวะ โดยเกิดจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อ detrusor ของกระเพาะเบาพร้อมกับคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูดทั้งส่วนในและส่วนนอกซึ่งควบคุมการประสานงานโดยระบบประสาทไขสันหลังระดับ S 2-4 และสัมพันธ์กับศูนย์ควบคุมในสมองระดับสูงขึ้นไป เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นในขั้นตอนใด ๆ นี้อาจทำให้มีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะได้⁽¹⁾

ภาวะปัสสาวะกั่งในกระเพาะเบาก็เป็นความผิดปกติอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นของกลไกเหล่านี้เกิดขึ้นได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง บางครั้งเมื่อไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดภาวะไตเสื่อมได้ และมีการติดเชื้อซ้ำซ้อนในทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย

สาเหตุของปัสสาวะกั่งนี้มีหลายสาเหตุด้วยกันพบบ่อยมากขึ้นกับอายุ และเพศที่พบได้บ่อยคือ การที่มีการอุดตันหรืออักเสบรุนแรงในทางเดินปัสสาวะส่วนล่างและ/หรือในกระเพาะเบา นอกจากนั้นยังมีสาเหตุจากการเสื่อมหรือถูกทำลายของระบบประสาทที่ควบคุม เช่น spina bifida, myelomeningocele เป็นต้น ยาและโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ก็เป็นสาเหตุที่พบบ่อย⁽²⁾

แต่ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นโดยไม่พบสาเหตุดังกล่าวข้างต้นก็ได้ ผู้ป่วยที่เสนอในรายงานนี้มีภาวะปัสสาวะกั่งในกระเพาะเบาซ้ำซ้อนจนเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะร่วมกับมีภาวะไตเสื่อม โดยไม่พบมีตำแหน่งอุดตันหรือความผิดปกติของระบบประสาทหรืออื่น ๆ แต่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านจิตใจและบุคลิกภาพ ซึ่ง

เชื่อว่าน่าจะเป็นสาเหตุสำคัญในผู้ป่วยรายนี้ ในต่างประเทศได้มีผู้รายงานผู้ป่วยลักษณะเดียวกันนี้^(3,4,5,6,7) แต่ได้เรียกชื่อต่างๆ กันไป เช่น Incoordination achalasia, psychogenic urinary retention, subclinical หรือ occult neuropathic bladder, isolated neurologic dysfunction, dysfunctional lazy bladder syndrome, nonneurogenic neurogenic bladder ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของผู้รายงานแต่ละท่าน แต่ Laidley⁽³⁾ ได้เสนอความเห็นที่น่าสนใจว่าภาวะนี้เกิดจากการทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อ detrusor และกล้ามเนื้อหูรูด โดยมีความผิดปกติของการสั่งงานจากระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของบุคลิกภาพจึงเรียกว่า incoordination achalasia

ต่อมาได้มีผู้พยายามอธิบายว่ามีความผิดปกติบางอย่างของระบบประสาทที่ส่งเส้นประสาทมาควบคุมกล้ามเนื้อเหล่านั้นซึ่งไม่สามารถตรวจพบจากการตรวจระบบประสาททั่วไปได้ แต่สามารถพบได้ด้วยการทดสอบบางอย่าง เช่น EMG Urcholine sensitive test^(8,9,10,11)

Hinnan และ Baumann ได้แย้งว่าความผิดปกติที่ตรวจพบเกิดจากการทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อเช่นเดียวกับที่ได้เสนอไว้ และได้รายงานผู้ป่วยจำนวน 14 ราย ที่มีความผิดปกติเช่นเดียวกับ Laidley แต่ไม่พบภาวะอุดตันหรือความผิดปกติของระบบประสาท และผู้ป่วยทุกรายมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ เมื่อให้การรักษายับยั้งทางจิตใจและยาควบคุมประสาท (sedative และ hypnotics) ผู้ป่วยสามารถมีการทำงานของระบบขับถ่ายปัสสาวะกลับคืนเป็นปกติได้⁽¹²⁾

Allen ก็ได้เสนอรายงานผู้ป่วยจำนวน 21 ราย เช่นเดียวกับในปี พ.ศ. 2520 และได้สนับสนุนความคิดเห็นที่ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติ

เกิดจากปัญหาทางจิตใจ ทำให้มีการทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อ detrusor และกล้ามเนื้อหูรูด และเชื่อว่าการผ่าตัดไม่ได้ทำให้ภาวะนี้ดีขึ้นและจะทำให้ทรุดหนักลงด้วยซ้ำ การบำบัดที่ถูกต้องควรจะต้องบำบัดจิตใจเป็นหลัก⁽¹⁹⁾

ผู้ป่วยที่เสนอในรายงานนี้มีปัญหาเรื่องไม่สามารถถ่ายปัสสาวะตามปกติ มีภาวะปัสสาวะค้างจนไตเริ่มเสื่อม โดยไม่สามารถตรวจพบสิ่งอุดกั้นหรือความผิดปกติของระบบประสาทไขสันหลังส่วนล่างจากการตรวจทั่วไปและทางรังสีตามข้างต้น ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจเมื่อให้การบำบัดทางด้านจิตใจ และยากล่อมประสาท ร่วมกับการรักษาประคับประคองแก้ไขภาวะติดเชื้อ ก็สามารถมีการทำงานของระบบขับถ่ายกลับมาใกล้เคียงปกติ เชื่อว่าเป็นรายงานแรกในประเทศไทยที่เสนอผู้ป่วยภาวะเช่นนี้

สรุป

บทความนี้ได้รายงานผู้ป่วย 1 รายที่มีภาวะไตเสื่อมและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อนจากการมีปัสสาวะค้างในกระเพาะเบา โดยไม่พบตำแหน่งอุดกั้นหรือความผิดปกติของระบบประสาท เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของจิตใจ ทำให้มีการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดและกล้ามเนื้อกระเพาะเบาไม่สัมพันธ์กัน การรักษาจึงต้องให้การบำบัดทางจิตใจและประคับประคองอาการเป็นหลัก การที่คำนึงถึงภาวะนี้ไว้อาจจะช่วยผู้ป่วยไม่ให้ถูกผ่าตัดโดยไม่จำเป็นและช่วยให้ภาวะการทำงานของไตกลับคืนมาได้ใกล้เคียงปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Adams RD, Victor M. Disturbance of bladder function. In: Principles of neurology, 4 th ed. New York, McGraw-Hill 1989: 437-440.
2. วิโรจน์ ชดช้อย. ภาวะปัสสาวะค้างในกระเพาะเบา ชนิดเฉียบพลัน. คลินิก 2529;8:49-52.
3. Laidley, JWS. Achalasia of urinary tract in children. Med J Aust 1942; 2:475-477.
4. Straub LR, Ripley HS, and Wolf S. Disturbances of bladder function associated with emotional states. JAMA 1949; 141:1139-1143.
5. Knox SJ. Psychogenic urinary retention after parturition, resulting in hydronephrosis. Br Med J 1960; 2:1422-1424.
6. Margolis GJ. A review of literature on psychogenic urinary retention. J Urol 1965; 94:257-258.
7. Khan AU. Psychogenic urinary retention in a boy. J Urol 1971; 106:432-434.
8. Dorfman LE, Bailey J, and Smith JP. Subclinical neurogenic bladder in children. J Urol 1969; 101:48-54.
9. Martin DC, Datta NS, and Schweitz B. The occult neurological bladder. J Urol 1971; 105 : 733-738.
10. Kamhi B, Horowitz MI, and Kovetz A. Isolated neurogenic dysfunction of the bladder in children with urinary tract infection. J Urol 1971; 106 : 151-153.
11. De Luca FG, Swenson O, Fisher JH et al. The dysfunctional "lazy bladder syndrome" in children. Arch Dis Child 1962; 37:117-121.
12. Hinman F, and Baumann FW. Vesical and ureteral damage from voiding dysfunction in boys without neurologic or obstructive disease. J Urol 1973; 109:727-732.
13. Allen DT. The non-neurogenic neurogenic bladder. J Urol 1977;117:232-238.