

## รายงานผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเนื่องจาก Hemangioma ที่ลำไส้เล็ก

พัชรีย์ คำวิลัยศักดิ์<sup>1</sup>, อรุณี เจตศรีสุภาพ<sup>1</sup>, สุรพล เวียงนนท์<sup>1</sup>, สุมิตร สุตรา<sup>1</sup>, สุชาติ อารีมิตร<sup>1</sup>,

วินัย คันธียาสวัสดิ์กุล<sup>2</sup>, มณฑล เมฆอนันต์ธวัช<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

<sup>2</sup>ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## Iron Deficiency Anemia caused from Hemangioma of the Intestine

Patcharee Komwilaisak<sup>1</sup>, Arunee Jetsrisuparb<sup>1</sup>, Surapon Wiangnon<sup>1</sup>, Sumitr Sutra<sup>1</sup>, Suchat Areemithr<sup>2</sup>, Vinai Thunthiyasawadeekul<sup>2</sup>, Monthol Methananthawat<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatrics, <sup>2</sup>Department of Surgery, Faculty of Medicine Khon Kaen University

**หลักการและเหตุผล:** ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เป็นภาวะโลหิตจางซึ่งเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญ สาเหตุของการขาดธาตุเหล็กในเด็กมักเกิดจากได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ และอาจเกิดร่วมกับพยาธิในลำไส้ ส่วนสาเหตุอื่น ๆ พบได้ไม่มากนัก

**วัตถุประสงค์:** ผู้รายงานได้นำเสนอภาวะ hemangioma ที่ลำไส้เล็กซึ่งมีผลทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารเรื้อรังจนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยทารกเพศชายอายุ 7 เดือนมาโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยเรื่องซีดประมาณ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีเลือดออกที่โต ตรวจร่างกายไม่พบตับม้ามโต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเข้าได้กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตรวจจูลจะ occult blood ให้ผลบวก ได้ให้การรักษาโดยให้เลือดผู้ป่วย และให้ธาตุเหล็กรวมทั้งให้การรักษาแบบภูมิแพ้นมวัว โดยการให้นม prosobee และ isomil ได้ติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 4 เดือน อาการซีดไม่ดีขึ้นจึงได้ทำการตรวจโดยการทำ pertechnetate-99m scintigraphy ผลการตรวจสงสัยภาวะ Meckel diverticulum จึงได้ทำการผ่าตัดพบ hemangioma บริเวณ jejunoileal junction ยืนยันภาวะนี้จากผลทางพยาธิวิทยา หลังการผ่าตัดได้ให้ธาตุเหล็กทดแทน ติดตามอาการผู้ป่วยไม่พบภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยสบายดี

**สรุป:** รายงานผู้ป่วยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเกิดจากภาวะ hemangioma ที่บริเวณลำไส้เล็ก ซึ่งมีผลทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหารเรื้อรัง และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้สาเหตุหนึ่ง

**Background:** Iron-deficiency anemia is the most common medical problem. The common causes of iron-deficiency anemia in children are inadequate iron intake or the result of a parasitic infestation. We report a case of hemangioma, which caused prolonged gastrointestinal bleeding and a subsequent iron-deficiency anemia.

**Objective:** To report the treatment of iron-deficiency anemia caused by a hemangioma at the jejunoileal junction.

**Results:** A seven-month-old male was admitted with anemia. A physical examination revealed marked paleness but no hepatosplenomegaly. Laboratory evaluations indicated an iron-deficiency anemia and positive stool blood occult. The infant was treated for a cow's milk allergy by changing to isomil, for iron deficiency anemia by iron supplement. The iron-deficiency anemia remained unresolved after 4 months. Then a Pertechnetate scintigraphy showed an abnormal increased uptake at left lower abdomen suggesting the lesion had a gastric mucosa component. Surgery revealed a worm-like vascular structure with contact bleeding at the serosal surface of the jejunoileal junction. A segmental small bowel resection, with end-to-end anastomosis, and appendectomy were performed. A pathological examination confirmed hemangioma, so the child was given iron supplements. His condition was stable at the six-month follow-up.

**Conclusion:** Hemangioma at the jejunoileal junction caused prolonged gastrointestinal bleeding and an iron-deficiency anemia.

ศรีนครินทร์เวชสาร 2545; 17(2), 143-148 • Srinagarind Med J 2002; 17(2), 143-148

## บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญของประชากรโลก คิดเป็นร้อยละ 30 หรือมากกว่า 1,300 ล้านคน และประมาณ 500-600 ล้านคนเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก<sup>1</sup> ส่วนข้อมูลในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2532 พบว่า ทารกอายุ 1-6 เดือน มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 26 เด็กก่อน อายุ 6-24 เดือน ร้อยละ 21 เด็กอายุ 2-6 ปี ร้อยละ 21 วัยเรียน 6-14 ปี ร้อยละ 33<sup>2,3</sup> จากการสำรวจและรวบรวมข้อมูล ใน พ.ศ. 2539 พบว่าภาวะโลหิตจางในเด็กก่อนวัยเรียนอายุต่ำกว่า 6 ปี ร้อยละ 15 ในเด็กวัยเรียน 6-14 ปี ร้อยละ 13.7<sup>4</sup>

ภาวะขาดธาตุเหล็ก ไม่ได้เป็นปัญหาแต่เพียงระบบโลหิตวิทยาเท่านั้น<sup>5,6</sup> แต่มีผลกระทบต่ออวัยวะและหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ปัญหาต่อระบบภูมิคุ้มกัน ระบบทางเดินอาหารและระบบประสาท เด็กมีความบกพร่องในการเจริญและพัฒนาความสามารถของกล้ามเนื้อในด้าน motor และการพัฒนาเกี่ยวกับ coordination บกพร่องในการใช้ภาษา และการเรียนรู้ ขาดความสนใจและสมาธิในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ

สาเหตุจากการขาดธาตุเหล็กมักเกิดจากได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอ และอาจเกิดร่วมกับมีพยาธิในลำไส้ ในผู้ใหญ่สาเหตุเกิดจากมีเลือดออกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ชายที่กินยาแก้ปวดเป็นประจำ ส่วนผู้หญิงภาวะขาดธาตุเหล็กมักเกิดจากการเสียเลือดเมื่อมีประจำเดือนหรือจากการคลอด ในทารกภาวะขาดธาตุเหล็กเกิดจากการได้รับไม่เพียงพอและความต้องการเหล็กเพิ่มขึ้น

รายงานนี้ขอนำเสนอผู้ป่วยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่เกิดจากภาวะ hemangioma ที่ลำไส้เล็ก และภาวะนี้มีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารเรื้อรัง โดยรับผู้ป่วยไว้รักษาในภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## ประวัติผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 7 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการซีดก่อนมาโรงพยาบาล 2 เดือน

## ประวัติปัจจุบัน

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล พบมีอาการซีด เหลือง ไม่มีไข้ อุจจาระ ปัสสาวะปกติ ไม่มีเลือดออก ที่บริเวณใด อุจจาระสีปกติ ปัสสาวะปกติ เด็กไม่มีอาการซึม มารดาพาไปพบแพทย์ ได้ยาเม็ดสีเหลือง กิน สังเกตว่า อาการซีดไม่ดีขึ้น จึงพาไปพบแพทย์อีกครั้ง

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีไข้สูง ไม่หนาวสั่น ไม่มีอาการไอ ถ่ายอุจจาระสีเหลืองปนดำ ประมาณ 3 ครั้ง ปริมาณต่อครั้ง ไม่มาก หลังจากนั้น ถ่ายอุจจาระสีเหลือง ปัสสาวะปกติ สังเกตว่าซีดมากขึ้น

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารดาพาไปพบแพทย์ ตรวจพบว่าระดับความเข้มข้นเลือด (ฮีมาโตคริต) ร้อยละ 12 จึงแนะนำให้มารับเลือดที่โรงพยาบาล

ผู้ป่วย เป็นบุตรคนที่ 2 น้ำหนักแรกคลอด 3200 กรัม ได้รับวัคซีนครบกำหนดประวัติการได้รับอาหาร ได้รับนมมารดา ไม่ได้รับนมวัว จนกระทั่งเมื่อเป็นไข้ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ได้เปลี่ยนจากนมมารดาเป็นนมวัว หลังได้นมวัวไม่อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว ท้องอืด เริ่มได้ซีริแลค ตั้งแต่อายุ 4 เดือน วันละ ครั้งถึง 1 ถ้วย และได้ไข่แดง ผักตำลึง ตับ ฟักทอง ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด และไม่เคยถ่ายอุจจาระเหลวเลย

ประวัติครอบครัว ไม่มีประวัติซีด ภูมิแพ้ หรือแพ้อาหารในครอบครัว

การตรวจร่างกาย ความสูง 68.5 เซนติเมตร อยู่ระดับเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 30 น้ำหนัก 6 กิโลกรัม อยู่ระดับเปอร์เซ็นต์ไคล์ที่ 3

Vital signs อุณหภูมิ 37.5°C อัตราการเต้นของหัวใจ 180 ครั้ง/นาที การหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ซีดปานกลาง ไม่เหลือง ปอดปกติ หัวใจฟังได้ systolic ejection murmur grade II/VI ที่ left lower sternal border ตับ ม้าม ต่อมไทรอยด์ไม่โต ไม่พบอาการบวม ผิวหนังปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซีโมโกลบิน 2.2 g/dl, ฮีมาโตคริต 8% เม็ดเลือดขาว 20,500 เซลล์/ลบ.มม. ระดับเกล็ดเลือด 364,000 เซลล์/ลบ.มม. ,PMN 41%,lym 58%, Mo 2%

สเมียร์เลือด พบ; hypochromia 3+ anisopoikilocytosis 2+

ดัชนีเม็ดเลือดแดง ; mean cell volume(MCV 51.2 fl mean cell hemoglobin (MCH ) 13.3 pg. Mean cell hemoglobin concentration (MCHC) 25.9 g/dl red cell distribution width (RDW) 27.3 Reticulocyte count 2.0 % corrected reticulocyte 0.43 % Iron study : serum iron(SI) 18 [ค่าปกติ 80-150] ug/dl, total iron binding capacity (TIBC) 436 [ค่าปกติ 280-355] ug/dl, transferrin saturation(Tfsat) 4%[ค่าปกติ 27-48]

ตรวจอุจจาระพบ; occult blood มีผลบวก

Blood urea nitrogen(BUN) 23.7 mg/dl.creatinine(Cr) 0.7 mg/dl. Na 138 mEq/L, K 4.4 mEq/L, HCO<sub>3</sub> 8.3 mEq/L, CL 107 mEq/L

ผลการทำงานของตับ; cholesterol 129 mg/dl. total protein 6.1 g/dl. albumin 3.9 g/dl globulin 2.2 g/dl. total bilirubin 0.7 mg/dl. SGOT 16 U/L SGPT 50 U/L alkaline phosphatase 74 U/L

### การรักษาและการดำเนินโรคในโรงพยาบาล

ได้ให้ packed red cell ขนาด 5 มล.ต่อกก. 2 ครั้ง ติดตามระดับฮีมาโตคริต จากร้อยละ 7 ขึ้นเป็นร้อยละ 19 และร้อยละ 24 เนื่องจากตรวจอุจจาระพบ occult blood มีผลบวก ได้ใส่สาย nasogastric ล้างกระเพาะ ไม่พบเลือดออกในกระเพาะอาหาร และจากประวัติก่อนหน้าที่จะพบอาการซีด เด็กสบายดี และเริ่มมีอาการซีด ในช่วงที่ได้รับซีรุ่มแลค และนมวัว รวมทั้งมี occult blood มีผลบวก ให้การรักษาแบบ cow milk allergy ได้เปลี่ยนนมเป็น prosobee และรักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยให้ Fer in sol. ในขนาดธาตุเหล็ก 3 มก./กก/วัน แล้วนัดผู้ป่วยติดตามอาการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ วันที่มาติดตามอาการ ผู้ป่วยมีน้ำหนัก 6800 กรัม ความสูง 64 ซม. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ดี ถ่ายปกติ ไม่อาเจียน ไม่เหลือง ตรวจพบซีด ตับม้ามไม่โต ระดับฮีมาโตคริต ร้อยละ 31 จึงยังคงให้ Fer in sol ต่อ นัดติดตามอาการอีก 1 เดือน เมื่อผู้ป่วยอายุ 9 เดือน น้ำหนัก 7 กก. ความสูง 64 ซม. ผลการตรวจเลือดพบว่า ฮีโมโกลบิน 8.4 g/dl. ฮีมาโตคริต 27% เม็ดเลือดขาว 5,800 เซลล์/ลบ.มม. เกล็ดเลือดเพิ่มจำนวนขึ้น, PMN 13%, Lym 74%, Mo 6%, Eo 7% สเมียร์เลือดพบ : hypochromia 3+, few anisocytosis, few poikilocytosis, few microcyte

ผู้ป่วยสบายดี เล่น คลาน จับสิ่งของเปลี่ยนมือได้ ซีด ให้นม isomil และยาธาตุเหล็กต่อ ผู้ป่วยอายุ 10 เดือน น้ำหนัก 6900 กรัม ความสูง 66 ซม. ยังได้รับนม isomil ถ่ายปกติ ไม่ค่อยรับประทานข้าว พัฒนาการ คลานได้ โบกมือได้ มารดา

ให้ประวัติว่าช่วงอยู่บ้านมีถ่ายอุจจาระเป็นมูกปนเลือดจำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นถ่ายปกติดีตลอด ผลการตรวจเลือดพบ ฮีโมโกลบิน 6.7 g./ดล, ฮีมาโตคริต 25%, เม็ดเลือดขาว 6,700 เซลล์/ลบ.มม., เกล็ดเลือด 485,000 เซลล์/ลบ.มม., PMN 17%, lym 62%, Mo 7%, Eo 11%, atypical lymphocyte 3%, reticulocyte count 12.6% สเมียร์เลือดพบ hypochromic และ nucleated red blood cells แสดงถึงว่ามีการตอบสนองของไขกระดูกจากภาวะซีด, พบ polychromasia, macrocyte ยังคงให้ยาธาตุเหล็กต่อผู้ป่วยอายุ 11 เดือน ตรวจร่างกายยังพบมีซีด ตับม้ามไม่โต ผลตรวจเลือด ฮีโมโกลบิน 4.8 g./ดล ฮีมาโตคริต 17%, เม็ดเลือดขาว 6,900 เซลล์/ดล.มม. เกล็ดเลือด 533,000 เซลล์/ดล.มม., PMN 20%, lym 60% ตรวจ ดัชนีเม็ดเลือดแดง MCV 65.3 fl, MCH 18.4 pg, MCHC 28.2 g/dl, RDW 23.5, reticulocyte count 4.2% ตรวจ iron study SI 36 ส่วน TIBC และ Tf sat ปริมาณเลือดไม่พอตรวจ สเมียร์เลือด ยังพบ hypochromic microcytic ตรวจอุจจาระ พบว่า occult blood มีผลบวก ไม่พบ parasite ลักษณะอุจจาระ เป็น loose dark red stool ได้ให้การรักษาโดยให้ packed red cell จำนวน 10 มล./กก. ระดับ ฮีมาโตคริตเพิ่มเป็น 28% เพิ่มยาธาตุเหล็กจาก 3 มก./กก/วัน เป็น 4 มก./กก./วัน และนัดติดตามผู้ป่วย 1 สัปดาห์ พบว่า ค่าฮีมาโตคริตจาก 28% ลดลงมา เป็น 25% ค่า reticulocyte 4.2% เป็น 4.9% ตรวจอุจจาระพบ occult blood ให้ผลบวก จึงตัดสาเหตุของโลหิตจางจากการแพ้นมวัวออกไปได้ เนื่องจากได้เปลี่ยนนมไป 3 เดือนแล้วอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น จึงได้นัดตรวจ Tc-99M Pertechnetate (Tc-99M) เพราะสงสัยภาวะ Meckel diverticulum จากการตรวจ occult blood ได้ผลบวก แสดงว่าผู้ป่วยเสียเลือดจากทางเดินอาหาร และน่าจะอยู่บริเวณลำไส้ส่วนล่างเนื่องจากใส่สายสวนกระเพาะไม่พบว่ามีเลือดออกในกระเพาะอาหารและจากการที่ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ซึ่งเป็นอาการของ Meckel diverticulum

2 สัปดาห์ต่อมา ผู้ป่วยมาติดตามอาการรวมทั้งฟังผลการตรวจ Tc-99M ผล Tc-99M Pertechnetate: พบว่า มีการดูดซึมสารที่รังสีเพิ่มขึ้นผิดปกติบริเวณท้องส่วนล่างด้านซ้าย เหมือนกับส่วนของกระเพาะอาหาร ซึ่งทำให้คิดว่าบริเวณที่มีพยาธิสภาพน่าจะมีส่วนของเยื่อบุกระเพาะอาหาร ด้วยซึ่งเข้าได้กับภาวะ Meckel diverticulum การตรวจเลือดพบ ฮีโมโกลบิน 5.6 g/dl ฮีมาโตคริต 20% เม็ดเลือดขาว 7,400 เซลล์/ลบ.มม. เกล็ดเลือด 474,000 เซลล์/ลบ.มม. PMN 25%, lym 54%, MO 8%, Eo 12%, reticulocyte count 8.6 % ตรวจ สเมียร์เลือด พบ hypochromic microcytic 2+, polychromasia 1+, target cell few, anisopoikilocytosis 1+ Anti HIV ได้ผลลบ การตรวจเอ็กซเรย์ปอดปกติ ตรวจปัสสาวะปกติ ได้ให้การ

รักษาโดยการผ่าตัด ก่อนผ่าตัดให้ packed red cell จำนวน 10 มล./กก. ได้ทำการผ่าตัด โดยตัดส่วนของลำไส้เล็กที่มีปัญหาออกแล้วต่อลำไส้ที่ตีให้ติดกันและได้ตัดไส้ติ่งออกด้วย โดยพบว่าลำไส้ส่วนที่มีปัญหามีลักษณะโครงสร้างของหลอดเลือดคล้ายตัวหนอนลูกกลมไปถึงชั้น mucosa บริเวณส่วนต่อของ jejunum และ ileum ยาว 3 ซม. และมีเลือดออกบริเวณ serosa ด้วย ลำไส้ส่วนอื่นๆปกติ ตับ ม้ามและถุงน้ำดีปกติ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น hemangioma ที่ jejunoileal junction หลังผ่าตัด 2 วัน ติดตามผลเลือดมีค่าฮีโมโกลบิน 9.5 ก/ดล.ฮีมาโตคริต 32% เม็ดเลือดขาว 5,700 เซลล์/ลบ.มม.เกล็ดเลือด 613,000 เซลล์/ลบ.มม. PMN 17%, lym 76%, Mo 6%, Eo 1% อยู่โรงพยาบาล 7 วัน หลังออกจากโรงพยาบาลให้ Fer in sol โดยมีขนาดธาตุเหล็ก 4 มก/กก/วัน

ได้ติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ระดับความเข้มข้นของฮีมาโตคริตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลทางพยาธิวิทยาที่ลำไส้เล็กเป็น cavernous hemangioma

### วิจารณ์และสรุปผล

ภาวะขาดธาตุเหล็ก ไม่ได้เป็นปัญหาแต่เพียงระบบโลหิตวิทยาเท่านั้น<sup>2,5,6</sup> แต่มีผลกระทบต่ออวัยวะและหน้าที่ต่างๆของร่างกาย ได้แก่ ปัญหาต่อระบบภูมิคุ้มกัน ระบบทางเดินอาหารและระบบประสาท เด็กมีความบกพร่องในการเจริญและพัฒนาความสามารถของกล้ามเนื้อในด้าน motor และการพัฒนาเกี่ยวกับ coordination บกพร่องในการใช้ภาษาและการเรียนรู้ ขาดความสนใจและสมาธิในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ

สาเหตุของการขาดธาตุเหล็กมักเกิดจาก<sup>7</sup> การเสียเลือดเรื้อรัง เช่น เสียเลือดในทางเดินอาหาร เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ พยาธิปากขอ การเสียเลือดจากสาเหตุอื่นๆ ส่วนที่พบน้อยได้แก่ pulmonary hemosiderosis หรือมีความต้องการเหล็กเพิ่มขึ้น เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด วัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ผู้ที่มีปัญหาในการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ผ่าตัดเอากระเพาะอาหารออกบางส่วนหรือทั้งหมด หรือผู้ที่กินอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อย เช่น กินอาหารมังสวิรัต

เคยมีรายงานผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเนื่องจากมี hemangioma ที่ลำไส้ เหมือนกับผู้ป่วยในรายงานนี้โดย Boyle-L และคณะ<sup>8</sup> ซึ่งรายงานผู้ป่วยเด็กชายอายุ 14 ปี มี cavernous hemangioma ที่ proximal small intestine โดยมีปัญหาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเมื่ออายุ 3 ปี รายงานที่ 2 โดย Yacoub-M และคณะ<sup>9</sup> ได้รายงานผู้ป่วยเด็ก

ชายอายุ 10 ปี มี angioma ที่ผิวหนังและมีเลือดออกที่ทวารหนักเป็นๆหายๆ ได้ทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยการทำ endoscopy, arteriography, computed tomography และ angioscintigraphy พบมี blue rubber bleb naevus syndrome รายงานที่ 3 โดย Rossler-L<sup>10</sup> เป็นผู้ป่วยเด็กชายอายุ 4 ปี มีภาวะโลหิตจางแบบ microcytic, hypochromic ได้รักษาด้วยยาธาตุเหล็กหลายปี ตรวจพบว่ามี cavernous angioma ที่แขนขวา และ stool occult blood มีผลบวก ได้ทำการตรวจเพิ่มเติมคือ small bowel enteroclysis พบมี oval filling defect ที่ lumen ของ ileum ได้ทำการผ่าตัดพบ hemangioma ที่ลำไส้เล็ก และได้ตัดลำไส้เล็กบริเวณนั้นออก ผลทางพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น cavernous hemangioma ทั้ง 3 รายพบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็กค่อนข้างช้า โดยที่ผู้ป่วยทั้ง 3 รายไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ยาธาตุเหล็กและต่อมาได้ทำการตรวจหาสาเหตุของการขาดธาตุเหล็ก เพิ่มเติมจึงพบว่าเกิดจากการเสียเลือดในทางเดินอาหารเนื่องจาก hemangioma

ภาวะ occult gastrointestinal bleeding<sup>11</sup> เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารอย่างชัดเจน ไม่ทราบว่ามีเลือดออกจากบริเวณใด ซึ่งต้องทดสอบโดยการตรวจหาเลือดที่อยู่ในอุจจาระ โดยวิธี fecal occult blood test ซึ่งเป็นการทดสอบโดยใช้ pseudoperoxidase activity ของฮีโมโกลบิน โดยจะเปลี่ยนสีเป็นสีน้ำเงิน หลังจากมีปฏิกิริยา oxidation โดยอาศัยเอนไซม์ peroxidase เช่น hydrogen peroxidase จะให้ผลบวก ตามสัดส่วนของปริมาณของ heme ในอุจจาระ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับขนาดและบริเวณที่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ปัจจัยที่มีผลต่อการทำการทดสอบ มีหลายปัจจัยเช่น จากอาหาร จากการให้ธาตุเหล็กรับประทาน อาจให้ผลบวกต่อการทดสอบได้ หรือการให้ antacid หรือยาระงับการถ่ายท้องเสีย ที่มีส่วนประกอบของ bismuth ทำให้อุจจาระดำได้ และมีผลต่อการอ่านแปลผลการทดสอบ

สาเหตุที่ทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหาร อาจเกิดจากทางเดินอาหารส่วนบน หรือส่วนล่าง โดยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนซึ่งมีเลือดออกจากพยาธิสภาพเหนือต่อ ligament of Treitz มักจะมีอุจจาระเป็นลักษณะดำเหนียวเหมือนยางมะตอย (melena) แต่ถ้าปริมาณเลือดออกมาก อาจทำให้ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด (hematochezia) ส่วนเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างซึ่งมีเลือดออกจากพยาธิสภาพใต้ต่อ ligament of Treitz ลักษณะ ถ่ายจะเป็นแบบเลือดสด แต่ถ้ามีเลือดออกบริเวณลำไส้เล็กส่วนปลาย หรือ ลำไส้ใหญ่ ส่วน cecum น้อยๆ เป็นเวลานาน อาจมีอุจจาระดำเหนียวก็ได้ การตรวจวินิจฉัยแยกโรค คือการใส่สายสวนกระเพาะอาหาร ซึ่งถ้ามีเลือดปรากฏ มักจะมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ส่วนบนมากกว่าส่วนล่าง<sup>12</sup>

สาเหตุและอุบัติการณ์ของเลือดออกในทางเดินอาหารมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ โดยส่วนใหญ่มักเกิดจากพยาธิสภาพเฉพาะที่ เช่น esophageal varice, peptic ulcer, gastritis หรือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ถ้าแยกสาเหตุตามอายุ พบว่าช่วงอายุ 30 วัน ถึง 1 ปี สาเหตุที่สำคัญของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างคือ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน การแพ้โปรตีนนมวัว ลำไส้กลืนกัน และ Meckel diverticulum โดย Meckel diverticulum มีอาการของเลือดออกทางทวารหนักเป็นๆ หายๆ ร้อยละ 50 และมีภาวะโลหิตจางได้ การวินิจฉัยอาศัย pertechnetate scintigraphy<sup>13</sup> โดยที่ pertechnetate จะถูกจับโดยเซลล์เยื่อบุกระเพาะอาหาร ในเด็กที่มี Meckel diverticulum จะพบ tracer activity ที่ลำไส้เล็กส่วนปลาย ในเวลาเดียวกับที่เยื่อบุกระเพาะอาหารมี enhanced activity มีรายงานว่า Tc-99m pertechnetate scanning สำหรับ ectopic gastric mucosa นี้มีความไว(sensitivity) ร้อยละ 85 และความจำเพาะ(specificity) ร้อยละ 95 และแม่นยำ (accuracy) ถึง ร้อยละ 90<sup>13</sup> ส่วนสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนมักพบภาวะ gastritis, peptic ulcer

การทดสอบด้วยการทำ Tc-99m-pertechnetate มีประโยชน์เนื่องจากสารที่ใช้สามารถอยู่ในร่างกายได้นานเป็นเวลา 24 ชม. ถ้าบริเวณที่เลือดออกน้อยเป็นเวลานานจะสามารถตรวจพบได้ โดยสารนี้เมื่อถูกฉีดเข้าไปในร่างกายจะเข้าสู่เม็ดเลือดแดง และถูกเปลี่ยนด้วยปฏิกิริยา reduction กลายเป็น reduced technetate ซึ่งร้อยละ 79 จะจับกับส่วนของสายของฮีโมโกลบิน ร้อยละ 21 จับกับ heme หลังจากทำปฏิกิริยาจะถูกขับออกทางปัสสาวะ โดยเมื่อถ่ายภาพจะสามารถเห็นบริเวณอวัยวะที่จับสารนี้ได้ คือ ตับ ม้าม ไต และกระเพาะปัสสาวะ (บริเวณที่สารถูกขับออก) วิธีการนี้สามารถจะตรวจภาวะเลือดออกที่มีอัตราเลือดออก 0.1-0.5 มิลลิลิตร/นาที่ ได้มีความไวร้อยละมากกว่า 90 การถ่ายภาพทางรังสีควรถ่ายแบบต่อเนื่องใช้ระยะเวลา 60-90 นาที ซึ่งจะสามารถตรวจบริเวณที่เลือดออกได้ร้อยละ 85 ผลการทดสอบเกิดผลบวกลงได้จากภาวะ vascular neoplasm, varices, vascular graft, inflammation และ splenosis

ในภาวะ hemangioma การใช้ nuclear scintigraphy โดยใช้ TC-rbc imaging เป็นการทดสอบ ที่มีความจำเพาะมากในการวินิจฉัย โดยมีความไวร้อยละ 90 ถ้าขนาดของก้อนมากกว่า 1.5-2 ซม. จะได้ความไวเกือบร้อยละ 100 ความแม่นยำร้อยละ 90-95 โดยจะพบว่ามี decreased activity ภายในบริเวณพยาธิสภาพในช่วงแรกในการทดสอบและ increased activity เมื่อ delay scans หลังฉีดยา 1-2 ชม.

โดย hemangioma เป็น proliferative hamartomas ของ

vascular endothelium พบได้ตั้งแต่แรกคลอด แต่มักปรากฏอาการ ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของชีวิตต่อนั้นจะใหญ่ขึ้นและหดหายไปได้เมื่ออายุมากขึ้น เป็นเนื้องอกที่พบบ่อยที่สุดในช่วงวัยทารกเกิดได้ ร้อยละ 1-2 ของทารกแรกเกิดมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยอาจพบเป็นที่บริเวณเดียวหรือหลายตำแหน่ง มักจะมีการขยายขนาดไปรวดเร็วและต่อมาคงขนาดเดิม และค่อยเล็กลงตามลำดับ หรือมีเยื่อพังผืดหลงเหลืออยู่ โดยร้อยละ 60 จะหดเล็กลงเมื่ออายุ 5 ปี และร้อยละ 90-95 เล็กลงเมื่ออายุ 9 ปี ผลแทรกซ้อนมักจะทำให้เกิด ulceration, secondary infection และเลือดออก บริเวณที่เป็น hemangioma อาจมีผลต่อการทำงานของอวัยวะใกล้เคียง เช่น การมองเห็น การหายใจ

Hemangioma ในบริเวณที่อยู่ลึก อาจพบว่าเป็นแบบกระจาย (diffuse) และขอบเขตไม่ชัดเจน โดยอาจพบลักษณะเป็น cystic form และถ้าถูกปกคลุมด้วยผิวหนังอาจดูปกติหรือมีลักษณะผิวสีม่วง ลักษณะของ hemangioma ที่อยู่ลึก มักจะใหญ่ขึ้นหลังจากนั้นคงที่อยู่ และค่อย ๆ ยุบหาย โดยไม่ขึ้นกับว่าอยู่บริเวณใดหรือเริ่มต้นขนาดเท่าใด

ส่วน blue rubber bleb nevus ในรายงานที่ 2 ประกอบด้วย ความผิดปกติของหลอดเลือดหลายๆ ตำแหน่งบริเวณผิวหนัง เยื่อบุผิวและทางเดินอาหาร บริเวณที่เป็นมักมีสีม่วงน้ำเงิน และผิวขรุขระ มีหลายขนาด บางครั้งก้อนมีอาการเจ็บได้ มักพบในวัยเด็ก และอาจพบไปตลอดชีวิตได้ พบน้อยที่เกิดที่ตับ ม้าม ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินอาหาร และไม่ค่อยยุบหายไปเอง และมีผลทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร อาจทำให้มีอาการซีดได้ ควรจะตัดบริเวณที่มี lesion ออก

ในรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 รายที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมักจะมี hemangioma ที่ผิวหนังและบริเวณอื่นร่วมด้วยนอกจากที่ลำไส้ แต่ในรายงานนี้ผู้ป่วยตรวจไม่พบว่ามี lesion ที่ผิวหนังหรือที่อื่น ๆ เลย แต่ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะของเลือดออกในทางเดินอาหารซึ่งทราบได้จากการตรวจ อุจจาระ พบว่า occult blood มีผลบวกอยู่ตลอด ซึ่งมีผลทำให้รักษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไม่ดีขึ้นและต้องตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุต่อไป จึงได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง

## บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ได้รายงานผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เมื่อได้รับการรักษาและผลการรักษาไม่ดีขึ้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษาควรต้องทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงเพื่อการรักษาที่ถูกต้องต่อไป ในผู้ป่วยรายนี้มีการตรวจ stool occult blood ได้

ผลบวกตลอด ซึ่งช่วยในการสืบหาสาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารเรื้อรัง ซึ่งเกิดจาก ภาวะ hemangioma การรายงานผู้ป่วยรายนี้จึงเป็นแนวทางเพื่อการวินิจฉัยต่อไป กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมพร ประเสริฐศิลป์และแพทย์หญิงสุวรรณี นาคพันธ์ กลุ่มงานเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดนครราชสีมา

### เอกสารอ้างอิง

1. MacPhail P.Bothwell TH.The prevalence and causes of nutritional iron deficiency anemia. In Fomon SJ.Zlotkin S,eds.Nutritional anemia.Nestle nutritional workshop series volume 30.New York.raven Press.1992:1-12.
2. คุณสุภา ณ นคร.โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต.1991;1:77-104.
3. คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญโรคเลือด.โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ใน บุญเชียร ปานเสถียรกุล บรรณาธิการ.สถานการณ์ปัจจุบันและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเลือดในประเทศไทย.กรุงเทพ.นำอักษรการพิมพ์.2533:47-90.
4. กลุ่มงานควบคุมและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ กองโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม 2540.
5. Wharton BA.iron deficiency.In Lilleyman J,Hann I, Blanchette, eds. Pediatric Hematology. second edition.London.Churchill Livingstone.1999:127-44.
6. Andrews NC,Bridges KR.Disorders of iron metabolism and sideroblastic anemia.In.Nathan DG,Orkin SH,eds.Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood.Fifth edition. Philadelphia.W.B.Saunders company.1998:423-61.
7. กาญจนา จันทร์สูง.Iron deficiency anemia.ธานินทร์ อินทรกำรชัย บรรณาธิการ.โลหิตวิทยาในเวชปฏิบัติ.สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย.มกราคม 2542:71-90.
8. Boyle-L,Lack-EE.Solitary cavernous hemangioma of small intestine.Case report and literature review.Arch-Pathol-Lab-Med.1993;117(9):939-41.
9. Yacoub-M,Gnaoui-A,Abroug-S,Atallah-R,Hassine-H,Korbi-S,et al.The"blue rubber bleb nevus"(Bean's syndrome):uncommon cause of gastrointestinal bleeding.Ann-Pediatr-Paris. 1993; 40(3):157-61.
10. Rossler-L,Lamesch-A.The blue rubber bleb nevus or the cellular blue nevus or Bean syndrome.A rare case of iron deficiency anemia.Phlebologie.1992;45(4):471-5;discussion475-6.
11. Rockey DC. Occult gastrointestinal bleeding. The New England journal of medicine. 1999; Vol 341 No1:38-45.
12. พรพิมล พัวประดิษฐ์. เลือดออกในทางเดินอาหาร. วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปัญญา และ สุรางค์ เจียมจรรยา บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 1) พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2540.:674-83.
13. Rbc imaging table of contents,In-vivo,In vitro.Modified "in vivo."method.Causes of Poor Red blood cell labeling,Gi vbleeding Scintigraphy. Etiologies of GI bleeding. <http://www.wrampc.amedd.army.mil>

