

ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยอายุ 24 ปี : รายงานผู้ป่วย

วิชัย อังศกวินัย, ชิงชิง ฟุเจอร์ญ

ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

Deep Vein Thrombosis in a 24-year old man : Case Report

Wichai Ungkasekvinai, Chingching Fuchaloern

Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

Summary

Deep vein thrombosis is common problem. It is caused by many etiologies, Behcet's disease is one cause and should be looked for in younger patients. This report present Behcet's disease who presented with deep vein thrombosis. Thai male 24 year old presented with intermittent leg swelling with oral ulcer and genital ulcer. Leg swelling is deep vein thrombosis which is diagnosed by doppler ultrasonography and excluded other causes of thrombosis. Clinical follow up improve after treat as Behcet's disease by colchicine.

บทนำ

ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เกิดจากหลายสาเหตุ โรค Behcet's เป็นสาเหตุที่พบได้ในผู้ป่วยอายุน้อย รายงานผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี มาด้วยอาการบวมที่ขาเป็นครั้งคราวร่วมกับมีแผลที่ปากและอวัยวะเพศ วินิจฉัยได้จากการทำ doppler ultrasonography เพื่อวินิจฉัยแยกโรคจากสาเหตุอื่น รักษาด้วย colchicine อาการดีขึ้นจนหายขาด

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี อาชีพรับจ้าง

ปัญหาสำคัญ : ขาบวมเป็นๆ หายๆ 7 เดือน

ประวัติปัจจุบัน :

- 9 ปีก่อน เคยมีอาการขาบวมข้างซ้าย แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นหลอดเลือดดำอุดตัน รักษาแล้วอาการดีขึ้นจึงขาดการติดตามการรักษา
- 7 เดือนก่อนมาพบแพทย์ สังเกตว่าขาบวม มีแผลที่ขาทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับมีไข้ ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการไม่ดีขึ้น จึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์

แพทย์ได้ทำการตรวจพบว่าขนาดของขาไม่เท่ากันสงสัยภาวะเส้นเลือดดำที่ขาอุดตัน จึงได้รับการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง พบว่ามีการอุดตันของเส้นเลือดดำที่ขาขวาจริง จึงได้ตรวจหาสาเหตุเบื้องต้น พบว่า antinuclear antibody (ANA) และ rheumatoid factor (RF) ให้ผลลบ วัดค่า Protein C และ Protein S อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้การรักษาด้วยยา warfarin ขนาด 5 มก. $\frac{1}{2}$ เม็ด วันละ 1 ครั้ง Cloxacillin ขนาด 500 มก. 1 แคปซูล 4 เวลา หลังจากได้รับการติดตามการรักษา พบว่าอาการขาบวมดีขึ้นเล็กน้อย (รูปที่ 1) แต่คงมีผื่นที่หน้าแข้งขาทั้ง 2 ข้าง (รูปที่ 2) จึงปรึกษาอายุรแพทย์

ประวัติอดีต

- 9 ปีก่อนสังเกตว่าเคยมีแผลในช่องปากเป็นๆ หายๆ บ่อยครั้ง โดยเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อปี
- 4-5 ปีก่อน มีแผลที่อวัยวะเพศเป็นๆ หายๆ 3 ครั้ง และกลายเป็นแผลเป็น
- ระหว่างการรักษาสังเกตว่าเวลาเจาะเลือดตรวจพบว่ารอยเจาะเลือดหายช้า
- ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น
- ประวัติไข้ยาบ้า/กัญชา เมื่อ 7-8 ปีก่อน
- สูบบุหรี่ 7-8 มวน/วัน นาน 5-6 ปี

การตรวจร่างกาย

A Thai man, good consciousness, no pallor, not jaundice

Vital signs : BT 37°C PR 76 bpm

RR 18 t/min BP 130/90 mm.Hg.

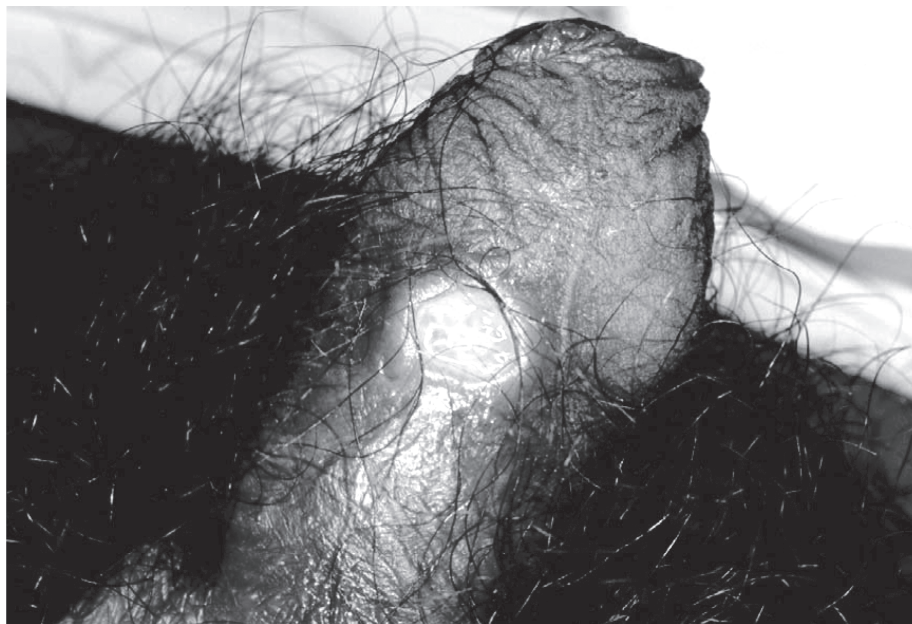
HEENT : impalpable cervical lymph nodes, no oral ulcer, no oral thrush & oral hairy leukoplakia



รูปที่ 1 แสดงอาการขาบวม



รูปที่ 2 ลักษณะผื่น



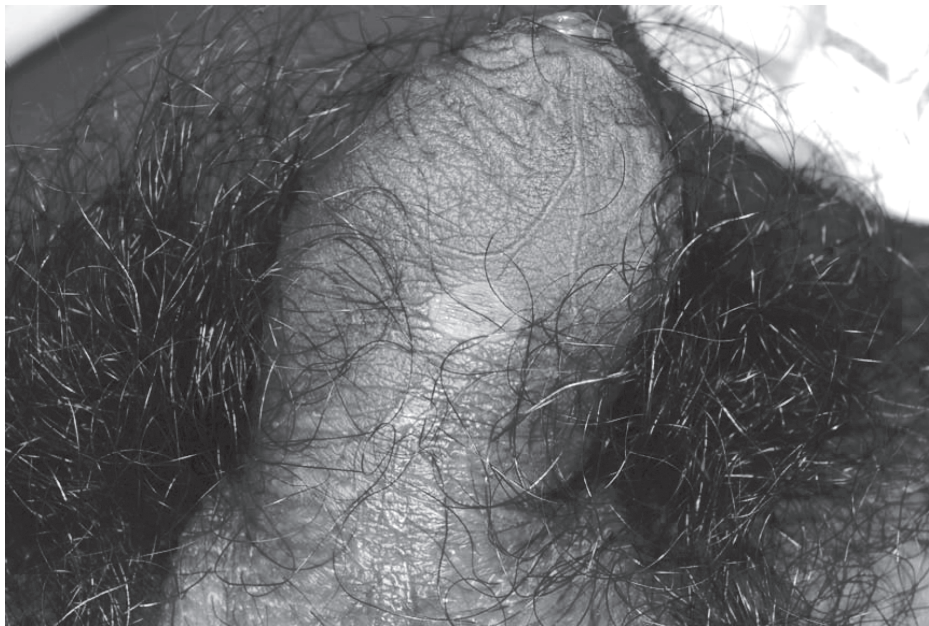
รูปที่ 3 แสดงลักษณะของแผลที่อวัยวะเพศ

Heart : regular pulse, no heaving, no thrill, normal S1S2, no murmur
Lungs : good air entry, no adventitious sound
Abdomen : flat abdomen, soft, no tenderness, impalpable liver and spleen
Ext : discreted hyperpigment and erythematous

papule with crusted ulcers at the skin on both pretibial areas
Genitalia : shallow clean-based ulcer 1 cm in diameter at dorsum of corona of glands penis (รูปที่ 3), impalpable inguinal lymph node
Neuro : Grossly intact



รูปที่ 4 แสดงลักษณะของตุ่มนูนบริเวณที่ได้รับการเจาะเลือด



รูปที่ 5 แสดงแผลที่อวัยวะเพศหลังรับการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

CBC : Hb 13.3 gm./dl., Hct. 42%

WBC 6300 cells/mm³ (N 63.5%, L 21.9% Mo. 7.6%)

Platelet 183000 /mm³

Coagulogram : PT 12.5 sec. (control 12.8) INR 0.98

aPTT 25.2 sec. (control 28.6)

CXR : Normal cardiac-thoracic ratio

No definite pulmonary infiltration

Normal bony and soft tissue shadow

Doppler U/S : Deep vein thrombotic evidence at right femoral vein

CT abdomen : no evidence of IVC thrombosis

Special lab : Protein C 95% (64-141), Protein S 96% (61-127)

Problem lists

1. Recurrent deep vein thrombosis at both legs.
2. Multiple mucocutaneous ulcers (chronic legs ulcers, penile ulcer, and recurrent oral ulcers)
3. Delayed puncture wound healing

Discussion

ผู้ป่วยชายอายุน้อยมาพบแพทย์ด้วยอาการขาบวมเป็นๆ หายๆ เคยได้รับการตรวจหาสาเหตุและได้ยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Doppler ultrasound) แล้วพบว่ามีความผิดปกติของเส้นเลือดดำที่ขา (Deep vein thrombosis; DVT) ซึ่งสาเหตุของการเกิด DVT หากประเมินตามกลไกการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันแล้วน่าจะมีสาเหตุได้จาก

1. ภาวะ Stasis เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ต้องนอนนาน หรือขาดการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกหรือทางหน้าท้อง รวมทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์ แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้อยู่ในสภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันจากกลไกนี้

2. ภาวะ Hypercoagulability state ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยที่อายุน้อยและมีประวัติครอบครัวที่มีอาการหลอดเลือดอุดตัน หรือพบในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะมะเร็งของเม็ดเลือด ตัวอย่างของโรคในกลุ่มที่เกิดหลอดเลือดดำอุดตันจากกลไกนี้ได้แก่

- Resist to activated protein C (Factor V Leiden)
- Prothrombin gene mutation
- Deficiency of protein C, S, Antithrombin III
- Antiphospholipid syndrome
- Dysfibrinogenemia
- Hyperhomocysteinemia
- Myeloproliferative disease เป็นต้น

ในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติว่าได้ทำการตรวจสืบค้นหาสาเหตุของภาวะดังกล่าวข้างต้นแล้วพบว่าผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตันของผู้ป่วยรายนี้จึงไม่น่าจะเกิดจากกลไก hypercoagulability stage นี้

3. ความผิดปกติของหลอดเลือดโดยตรง (Vascular injury) ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อย ตัวอย่างของโรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคหลอดเลือดอักเสบ (Systemic vasculitis), Thromboangiitis obliterans, โรคเบเซ็ท (Behcet's disease) ในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติมีแผลที่อวัยวะเพศเป็นๆ หายๆ เมื่อแผลหายแล้วจะกลายเป็นแผลเป็น มีแผลในช่องปากเป็นๆ หายๆ มากกว่า 3 ครั้งต่อปี และมีตุ่มนูนขนาดมากกว่า 2 มม. บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ (Parthergy test ให้ผลบวก) (รูปที่ 4)

จากการตรวจร่างกายผู้ป่วยพบว่าไม่มีไข้หรือสิ่งที่เป็นลักษณะของผื่นที่พบในภาวะหลอดเลือดอักเสบที่ผิวหนัง ดังนั้นจากทั้งประวัติและการตรวจร่างกายผู้ป่วยรายนี้การเกิดภาวะหลอดเลือดดำที่ขาอุดตันเป็นเพราะกลไกของความผิดปกติของหลอดเลือดโดยตรง จากข้อมูลประวัติและการตรวจร่างกายของผู้ป่วยทั้งหมดน่าจะเป็นโรคเบเซ็ทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคเบเซ็ทโดย International study group for Behcet's disease (ISGBD) ในปี ค.ศ.1990 ได้แก่

1. Recurrent oral ulcer
2. Recurrent genital ulcer
3. Cutaneous vasculitis
4. Parthergy test positive

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา colchicines ขนาด 1.2 มก. ต่อวันและยา warfarin ขนาด 5 มก. ต่อวัน โดยควบคุมค่า INR ให้อยู่ที่ 2.5-3.0 ภายหลังการติดตามการรักษา 2 สัปดาห์แผลในช่องปากและแผลที่อวัยวะเพศดีขึ้นชัดเจน (รูปที่ 5)

โดยสรุปผู้ป่วยอายุน้อยที่มีภาวะหลอดเลือดดำอุดตันควรได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียดเนื่องจากภาวะบางอย่างหรือโรคบางโรคต้องอาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลักโดยเฉพาะโรคเบเซ็ทเป็นโรคที่ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการยืนยันการวินิจฉัย แม้จะเป็นโรคที่พบได้น้อย แต่หากแพทย์ผู้ดูแลได้ตระหนักจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำต่อไปในอนาคต

บททบทวนวรรณกรรม

โรคเบเซ็ท (Behcet's disease) เป็นโรคที่วินิจฉัยเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี ค.ศ. 1937 โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาตจวิทยาชาวตุรกี ซึ่งโรคนี้มีการอักเสบเรื้อรังหลายระบบและมีอาการสำคัญ คือ แผลในช่องปาก (aphthous ulcers), แผลที่อวัยวะเพศ, iris, ciliary body and choroids ของตาอักเสบ (uveitis) และอื่นๆ ซึ่งจะกล่าวต่อไป ตามเอกสารอ้างอิง 1-3

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์พบมากในแถบประเทศตะวันออกตามแนวเส้นทางสายไหม (ancient silk road) พาดผ่านด้านตะวันออกของทวีปเอเชียจนถึงแถบเมดิเตอร์เรเนียน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มียายุระหว่าง 20-30 ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ยกเว้นในประเทศตะวันออกกลาง

สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับ

1. พันธุกรรม มีรายงานพบว่าโรคนี้มีความสัมพันธ์กับ Human lymphocyte antigen ชนิด B51(HLA B51) ทั้งในการเกิดโรคและความรุนแรงของรอยโรคที่สมองและตา ซึ่งจะพบ HLA ชนิดนี้มากในประเทศแถบเอเชีย

2. การติดเชื้อ มีการตรวจพบการติดเชื้อ Herpes simplex virus, hepatitis C virus, Parvovirus B19 และ Streptococcus sanguis ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Behcet's disease จึงคิดว่าการติดเชื้ออาจมีส่วนในการเกิดโรค

พยาธิสรีรวิทยา

ยังไม่ทราบพยาธิสรีรวิทยาอย่างแน่ชัด คาดว่าการเกิด การติดเชื้อรวมทั้งความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันและ สารคัดหลั่งที่สัมพันธ์กับกระบวนการอักเสบในผู้ป่วยที่มี ลักษณะทางพันธุกรรมที่เอื้ออำนวยน่าจะเป็นตัวส่งผลให้ เกิดโรคขึ้น

ลักษณะทางคลินิก

ลักษณะทางคลินิกของโรคนี้พบได้หลายระบบ อาการ และอาการแสดงพบได้ดังต่อไปนี้

ผิวหนังและเยื่อ (Mucocutaneous)

แผลในช่องปาก (Oral ulcer)

เป็นอาการแสดงเริ่มแรกแต่มักจะไม่ได้มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้เนื่องจากมีความจำเพาะต่ำ แผลที่เป็นจะมีอาการ เจ็บแผลสามารถหายเองได้ภายในเวลา 10 วัน ตำแหน่งที่พบ แผลได้บ่อย คือ บริเวณช่องปากบริเวณที่ไม่สัมพันธ์กับ การบดเคี้ยว พบน้อยที่เพดานปากส่วนแข็ง (hard palate) และ ข้างขอบฟันบริเวณกราม ขนาดของแผลอาจใหญ่ได้ถึง 1 ซม.

แผลที่อวัยวะเพศ (Genital ulcer)

พบบ่อยที่ถุงอัณฑะและองคชาติ (scrotum & penis) ในเพศชายและในเพศหญิงมักพบบริเวณแคม (labia majora or minora) ซึ่งลักษณะแผลคล้ายกับแผลในช่องปาก หลังจาก แผลหายแล้วจะเกิดเป็นแผลเป็น

ผิวหนัง (Skin)

ลักษณะของผื่นของผิวหนังในโรคนี้พบได้หลายอย่าง ได้แก่

- Erythema nodosum เป็นผื่นที่มีลักษณะนูนแดง กดเจ็บ พบในบริเวณที่ได้รับการกดทับบ่อยๆ เช่น ศอก หรือหน้าแข้ง
- Pseudofolliculitis หรือ Acneiform nodules ลักษณะ เหมือนสิวที่พบในวัยรุ่นแต่ผื่นลักษณะที่พบในโรคนี้จะพบใน วัยที่ไม่น่าจะเกิดสิวแล้ว เป็นผื่นที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยชาย ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ หลัง ใบหน้า และลำคอ
- Superficial migratory thrombophlebitis เป็นผื่นแดง

และกดเจ็บตามแนวของหลอดเลือดดำที่อยู่ตื้นๆ ได้ผิวหนัง พบได้บ่อยในผู้ป่วยชาย

ระบบตา (Ocular lesion)

ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมีอาการทางสายตาเป็นอาการนำ ของโรค อาการแสดงที่สามารถพบได้ ได้แก่

รอยโรคที่ตาด้านหน้า (Anterior chamber) พบหนองชนิด ปลอดเชื้อในช่องด้านหน้าของลูกตา (Hypopyon) สามารถหาย เองได้ ผู้ป่วยบางรายอาจพบพยาธิสภาพที่หลังเหลือผิดปกติ แบบถาวรหรือเกิดต้อหินตามมาได้หากได้รับการรักษาช้า

รอยโรคที่ตาด้านหลัง (Posterior chamber) พยาธิสภาพ ที่พบได้ ได้แก่ การอุดตันของเส้นเลือดในตา (vaso-occlusive disease) ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรืออาจมีอาการตามัวแต่ไม่ได้ ตระหนักถึงผลที่อาจเกิดตามมาได้จึงทำให้มาพบแพทย์ช้า และเป็นสาเหตุทำให้ตาบอดได้

ระบบกล้ามเนื้อและข้อ (Musculoskeletal)

ข้ออักเสบเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในโรคนี้ลักษณะข้ออักเสบ อาจจะเป็นข้อเดียว หรือ หลายข้อก็ได้ ข้อที่พบการอักเสบ ได้บ่อยได้แก่ ข้อเข่า ข้อมือ ข้อเท้า และข้อศอก ลักษณะของ น้ำไขข้อเป็นชนิดที่มีการอักเสบ (Inflammatory profile) และพบ เม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil เติมน

ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system)

ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดท้อง ถ่ายเหลว ถ่ายดำ หรือลำไส้ ทะลุ อันเป็นผลจากการมีการอักเสบของหลอดเลือดภายใน ลำไส้เอง และบางรายเกิดแผลที่บริเวณที่มีการอักเสบของ หลอดเลือดทำให้เกิดแผลขึ้น หากแผลที่เกิดขึ้นเกิดลึกมาก ผู้ป่วยอาจถ่ายเป็นเลือดและบางรายมีอาการของเยื่อช่องท้อง อักเสบจากลำไส้ทะลุได้ ตำแหน่งที่พบพยาธิสภาพได้บ่อยคือ ลำไส้ส่วนบริเวณ ileocecal transverse colon, ascending colon และหลอดอาหาร (esophagus) อาการที่เกิดขึ้นจะต้อง วินิจฉัยแยกโรคกับภาวะลำไส้อักเสบชนิด inflammatory bowel disease (IBD) ซึ่งสามารถแยกจากกันได้โดยในโรค Behcet's จะไม่พบลักษณะทางพยาธิวิทยาเป็นแบบ granulomatous เหมือนที่พบใน (IBD) ในโรค IBD จะตรวจไม่พบผลบวกของ Pathergy test และลักษณะทางพันธุกรรมของ IBD จะเป็น HLA-B27 phenotype ใน แต่ในโรค Behcet's จะเป็น HLA-B51

ระบบประสาท (Central nervous system)

มักพบในผู้ป่วยชายที่อายุน้อย พบได้ประมาณร้อยละ 10 มักมีอาการภายหลังจากการที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วประมาณ 5 ปี อาการและอาการแสดงที่พบได้ได้แก่ อาการที่เกิดจาก เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (aseptic meningitis) หรือเยื่อหุ้มสมอง ร่วมกับสมองอักเสบ (meningoencephalitis) ลักษณะของน้ำ ไขสันหลังจะพบปริมาณโปรตีนสูงขึ้น จำนวนเม็ดเลือดขาว สูงขึ้นพบได้ทั้งชนิด neutrophil และ lymphocytes มีระดับ IgG

ในน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้น

ระบบหัวใจและหลอดเลือดอักเสบ (Cardiovascular system)

หลอดเลือดอักเสบ เป็นอาการแสดงที่พบบ่อยในโรคนี้ อาจพบการอักเสบได้ที่หลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ตั้งแต่ขนาดเล็กระดับ arteriole ไปจนถึงขนาดใหญ่ คือ aorta ได้ ดังนั้นอาจจะมาด้วย เส้นเลือดดำอุดตัน (DVT) อาการจากการขาดเลือดในอวัยวะต่างๆ หรือมีเส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง (aortic aneurysm) ได้

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยในปัจจุบันนิยมอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ International study group for Behcet's disease (ISGBD) ในปี ค.ศ.1990 ได้แก่ แผลในปากเป็นๆ หายๆ (Recurrent oral ulceration) มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อ

ปีร่วมกับ 2 ข้อต่อไปนี้

1. แผลที่อวัยวะเพศเป็นๆ หายๆ (Recurrent genital ulceration) ที่สังเกตได้โดยแพทย์
2. รอยโรคที่ตา ได้แก่ anterior uveitis, posterior uveitis, cells ใน vitreous จากการตรวจโดย slit lamp, retinal vasculitis
3. รอยโรคที่ผิวหนัง ได้แก่ Erythema nodosum, Pseudo-folliculitis, Papulopustular lesion, acneiform nodules ที่เกิดในช่วงวัยที่ไม่น่าจะพบสิ่ว
4. Pathergy test ได้ผลบวก คือ พบรอยนูนหรือตุ่มหนอง ขนาดมากกว่า 2 มิลลิเมตรที่เวลา 24-48 ชั่วโมงหลังใช้เข็มเบอร์ 20 แทงผิวหนังบริเวณท้องแขนลึกประมาณ 5 มิลลิเมตร

การรักษา

การรักษาขึ้นกับตำแหน่งของรอยโรค และความรุนแรงของรอยโรคที่พบ ได้แก่

อาการทางเยื่อและผิวหนัง (Mucocutaneous)

- Topical corticosteroid ในผู้ป่วยที่มีแผลในช่องปาก และอวัยวะเพศ
- Colchicine ช่วยรักษาพยาธิสภาพที่เกิดที่ผิวหนังและเยื่อ โดยให้ในขนาด 0.6-1.2 มก.ต่อวัน นอกจากนี้ยา colchicines ยังสามารถลดการกลับเป็นซ้ำของแผลในช่องปากและที่อวัยวะเพศได้ด้วย โดยให้ยาในขนาด 0.6-1.2 มิลลิกรัม ต่อวัน
- Thalidomide มีการรายงานว่าได้ผลดีในการรักษาแผลในปาก แผลที่อวัยวะเพศและเป็นชนิด pseudofolliculitis แต่ยานี้มีข้อควรระวังในการใช้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ เนื่องจากมีผลทำให้เด็กในครรภ์มีการสร้างอวัยวะผิดปกติและเกิดความ

พิการได้

- ยากดภูมิคุ้มกันชนิด corticosteroid ใช้ในกรณีที่เป็นการทางผิวหนังชนิด erythema nodosum หรือ อาการทางผิวหนังที่ไม่ตอบสนองต่อยา colchicine

อาการทางตา (Ocular lesion)

จุดประสงค์ในการรักษาเพื่อชะลอ และลดการดำเนินโรค อย่างไรก็ตามแม้จะให้การรักษาย่างเต็มที่แล้วก็ยังพบตาบอดในผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ตาส่วนหลังได้ร้อยละ 25 ยาที่ใช้สำหรับรักษานั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงและตำแหน่งของรอยโรค ได้แก่

- ยาหยอดตาชนิดขยายม่านตาและสเลียรอยด์ (mydriatic agents and steroid) สำหรับผู้ป่วยที่มี anterior uveitis ที่ไม่รุนแรง
- Topical injection steroid หรือ systemic steroid สำหรับผู้ป่วยที่เป็น posterior uveitis
- การให้ยากดภูมิคุ้มกันสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา steroid ยาที่เลือกใช้ได้แก่ chlorambucil, azathioprine, cyclosporine แต่ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- สารชีวภาพ (Biological agents) ปัจจุบันมีการพัฒนายาที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางตารุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยากดภูมิคุ้มกัน ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ IFN alpha 2aการศึกษาพบว่าทำให้ยานี้ทำให้การมองเห็นดีขึ้นได้ร้อยละ 95
- ยาอื่นๆ ได้แก่ Intravenous immunoglobulin (IVIg), Plasmapheresis, Granulocytapheresis มีรายงานว่าสามารถนำมาใช้รักษารอยโรคที่ตาได้ดี แต่ยังมีข้อมูลน้อย
- Colchicine ในขนาดที่ใช้ในการรักษาอาการทางผิวหนังและเยื่อ สามารถป้องกันการเกิดซ้ำของ anterior และ posterior uveitis ได้

ข้ออักเสบ (Arthritis)

- ส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non steroidal antiinflammatory drug, NSAID) และ colchicines
- ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อยา NSAIDS หรือ colchicine แนะนำให้ยา sulfasalazine ในขนาด 2-3 กรัมต่อวันพบว่าสามารถควบคุมการอักเสบของข้อได้ดี
- ถ้าหากไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้นควรพิจารณาให้ยากดภูมิคุ้มกันเช่น Azathioprine หรือสารชีวภาพ IFN-alpha

อาการทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal symptoms)

ให้การรักษาเช่นเดียวกับภาวะ Inflammatory bowel

disease (IBD) คือ

- ให้ยา Sulfasalazine และยา corticosteroid เป็นยาหลักในการรักษา

- กรณีที่มีเลือดออกหรือปวดท้องพิจารณางดอาหารและน้ำ

- พิจารณาผ่าตัดกรณีที่มีลำไส้ทะลุหรือเลือดออกไม่หยุดให้ยากดภูมิคุ้มกันชนิด corticosteroid ในขนาดไม่เกิน 0.5 มก.ต่อกก.ต่อวันเพื่อป้องกันการเชื่อมต่อของลำไส้และการรั่วของลำไส้ (anastomotic leakage) ภายหลังการผ่าตัด

อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

ยา corticosteroid ขนาดสูง (1 มก.ต่อกก.ต่อวัน) ในรายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น aseptic meningitis หรือ meningoencephalitis อาจพิจารณาให้ยากดภูมิคุ้มกันเช่น cyclophosphamide, chlorambucil, methotrexate ในรายที่ไม่ตอบสนองต่อยา corticosteroid ขนาดสูง

อาการจากหลอดเลือดอักเสบ (Vasculitis)

การรักษาขึ้นกับตำแหน่งของรอยโรค ได้แก่

- รอยโรคชนิด Arteritis รักษาโดยให้ยา corticosteroid ขนาดสูงร่วมกับยากดภูมิคุ้มกันและผ่าตัดหลอดเลือดในรายที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง

- รอยโรคชนิด Deep vein thrombosis รักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือดนานอย่างน้อย 6 เดือน กรณีหลอดเลือดดำอุดตันเป็นซ้ำควรให้ยาละลายลิ่มเลือดไปตลอดชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. อัจฉรา กุลวิสุทธิ. โรคเบเซ็ท.ใน:สุรศักดิ์ นิลกานุงศ์, สุรุฒิ ปรีชานนท์, บรรณธิการ. ตำราโรคข้อ. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์, 2548: 967-1001.
2. Moutsopoulos HM. Behcet's syndrome. In: Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson. Editors. Harrison's principles of internal medicine. United states of America: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005:2014-5.
3. Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G, Behcet's disease. N Eng J Med 1999; 341:1284-91.

