

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ และ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: รายงานผู้ป่วย 1 ราย

อนุตตรี คาวราย, พ.บ.*,
พัชรกานต์ อัยราชวงศ์, พ.บ.**,
สมชาย อินทศิริพงษ์, พ.บ.***

บทคัดย่อ: ภาวะกลืนลำบาก มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของตัวหลอดอาหารเอง การส่องกล้อง
เข้ากระเพาะ หรือกลืนแป้งเอกซเรย์มักจะให้การวินิจฉัยโรคได้เกือบทั้งหมด แต่ในรายงานนี้เป็นภาวะ
กลืนลำบาก ที่พบในผู้ป่วยที่มีไทรอยด์เป็นพิษ และโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยไม่มีรอยโรค
ในหลอดอาหารเลย ผู้ป่วยเป็นหญิงไทย อายุ 45 ปี มีภาวะกลืนลำบากมากขึ้นเรื่อย ๆ ในเวลา 1 เดือน และน้ำหนัก
ลดลงตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติใด ๆ นอกจากซีด ตรวจเลือด พบ Hb 5.7 กรัม%, WBC 6,100/มม³, platelet
596,000/มม³, MCV 49.8 เฟมโตลิตร, MCH 14.3 พิโคกรัม, RDW 27.8 %, ferritin 2.1 นาโนกรัม/มล, serum iron
1 ไมโครกรัม/มล., TIBC 579 ไมโครกรัม/มล., FT₃ 8.42 พิโคกรัม/มล., FT₄ 3.08 นาโนกรัม/มล., TSH 0.003 uIU/
มล. ส่องกล้อง และกลืนแป้งเอกซเรย์เพื่อตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นไม่พบความผิดปกติใด ๆ จึงให้การวินิจฉัย
ว่าเป็นภาวะกลืนลำบาก ที่พบในโรคไทรอยด์เป็นพิษร่วมกับโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เมื่อให้การรักษาด้วย
ยาปรับประถานยาเข้าธาตุเหล็ก propranolol methimazole และ FBC ภาวะกลืนลำบากดีขึ้น ตามลำดับจนหายเป็น
ปกติ ผลตรวจเลือดในเวลา 5 เดือนต่อมาพบ Hb 11.8 กรัม%, WBC 7,000/มม³, platelet 399,000/มม³, MCV 74.2
เฟมโตลิตร, MCH 23.2 พิโคกรัม, RDW 17.1 %, FT₃ 2.12 พิโคกรัม/มล, FT₄ 0.2 นาโนกรัม/มล. และ TSH 96.86
uIU/มล. ภาวะกลืนลำบากที่พบในผู้ป่วยรายนี้ คาดว่าน่าจะเกิดจากภาวะไทรอยด์เป็นพิษมากกว่าจากโรคโลหิตจาง
จากการขาดธาตุเหล็ก เพราะถ้าเป็นจากโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มักจะพบ esophageal web ร่วมด้วย

คำสำคัญ: ภาวะกลืนลำบาก, โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก, ไทรอยด์เป็นพิษ

*หน่วยต่อมไร้ท่อ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

**แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

***หน่วยโลหิตวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000

Abstract: Dysphagia in a Patient with Thyrotoxicosis and Iron Deficiency Anemia: A Case Report

Anuttri Daorai, M.D.*, Patcharakarn Iyarawong, M.D.***, Somchai Insiripong, M.D.***

*Endocrinology Unit, Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

**Medical Resident, Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

***Hematology Unit, Department of Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

Nakhon Racth Med Bull 2017; 39: 107-111.

Dysphagia is mostly caused by the pathologies in the esophagus itself and nearly all of them can be simply detected with the esophagogastroduodenoscopy or barium swallowing. But herein we reported the dysphagia found concurrently in the patient with thyrotoxicosis and iron deficiency anemia without the lesion in the esophagus. She was a 45-year-old Thai patient who had progressive dysphagia and weight loss for one month. The physical examination found nothing except for the pallor. The blood tests: Hb 5.7 g%, WBC 6,100/mm³, platelet 596,000/mm³, MCV 49.8 fl, MCH 14.3 pg, RDW 27.8 %, ferritin 2.1 ng/ml, serum iron 1 mcg/dl, TIBC 579 mcg/dl, FT₃ 8.4 pg/ml, FT₄ 3.1 ng/dl, TSH 0.003 uIU/ml. The gastroscopy and the barium swallowing showed no abnormality. The dysphagia in this case was presumably associated with the thyrotoxicosis and iron deficiency anemia. She was treated with propranolol, methimazole and FBC. The dysphagia was gradually improved and completely recovered. Five months later, Hb 11.8 g%, WBC 7,000/mm³, platelet 399,000/mm³, MCV 74.2 fl, MCH 23.2 pg, RDW 17.1 %, FT₃ 2.1 pg/ml, FT₄ 0.2 ng/dl, and TSH 96.9 uIU/ml. The dysphagia in this patient was preferably associated with the thyrotoxicosis rather than the iron deficiency anemia because in case of dysphagia due to the iron deficiency anemia, it was always found associated with the esophageal web.

Key words: Dysphagia, Thyrotoxicosis, Iron Deficiency Anemia**บทนำ**

ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) เป็นอาการกลืนไม่คล่องโดยไม่มีอาการเจ็บร่วมด้วยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดอาหารเอง เช่น reflux, post-irradiation dysphagia, cricopharyngeus dysfunction⁽¹⁾ ส่วนสาเหตุที่พบน้อยนั้นมีทั้งไทรอยด์เป็นพิษ⁽²⁾ และโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก⁽³⁾ เป็นสาเหตุร่วมด้วยในโรคไทรอยด์เป็นพิษ นอกจากนี้

อาการเนื่องจาก metabolism สูงกว่าปกติ เช่น น้ำหนักลด ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก ฯลฯ แล้วอาจจะมีภาวะกลืนลำบากในฐานะภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในระหว่างที่เป็นไทรอยด์เป็นพิษธรรมดาเนื่องจากเป็นส่วนหนึ่งของภาวะ thyrotoxic myopathy⁽⁴⁾ และในระหว่างไทรอยด์เป็นพิษในระยะวิกฤติเนื่องจากเป็น isolated bulbar palsy ก็ได้⁽⁵⁾ ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงของแขนขา นำมาก่อน ส่วนน้อยเท่านั้น

ที่จะแสดงอาการกลืนลำบากในฐานะอาการแสดงนำ⁽⁶⁾

ส่วนโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กนอกจากจะมีภาวะโลหิตจางแบบขนาดเม็ดเลือดแดงเล็กแล้วยังอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อและเยื่อต่างๆ ร่วมด้วยเช่น ลิ้นเลื่อน เล็บแอนเป็นรูปช้อน⁽⁷⁾ ส่วนภาวะกลืนลำบากถือว่าการเปลี่ยนแปลงของเยื่อที่พบได้น้อยเรียกว่า Plummer-Vinson หรือ Patterson-Kelly syndrome เนื่องจากมี esophageal web เป็นการกลืนลำบากแบบไม่เจ็บอาจจะเป็นๆ หายๆ หรือเป็นมากขึ้นช้าๆ มักกลืนลำบากเฉพาะอาหารแข็ง^(3,8) สำหรับคนไทยแม้ว่าโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย⁽⁹⁾ แต่ภาวะกลืนลำบากจากโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก็ไม่พบว่ามีรายงานรวมทั้งการกลืนลำบากจากภาวะไทรอยด์เป็นพิษ⁽¹⁰⁾ ก็เช่นเดียวกัน รายงานฉบับนี้จึงขอเสนอผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากที่มีภาวะไทรอยด์เป็นพิษ และโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไปด้วย

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยอายุ 45 ปี รู้สึกกลืนลำบากมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะอาหารแข็ง กลืนไม่ได้เจ็บ กลืนได้แต่อาหารเหลวเป็นเวลา 1 เดือน น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม ไม่มีแรง ไม่มีไข้ ซ้ำซำบวมปวด 1 เดือน

ตรวจร่างกายอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้งต่อนาทีสม่ำเสมอ พบเพียงอาการซีดเป็นหลักไม่มีติชานต่อมไทรอยด์ไม่โต ลูกตาไม่โปน ไม่พบเล็บแบน หรือเล็บช้อน ลิ้นไม่ลิ้น

ผลตรวจเลือด: Hb 5.7 กรัม%, Hct 19.9 %, WBC 6,100/มม³, platelet 596,000/มม³, MCV 49.8 เฟมโตลิตร, MCH 14.3 พิโคกรัม, RDW 27.8 %, reticulocyte 1.7 %, ferritin 2.1 นาโนกรัม/มล., serum iron 1 ไมโครกรัม/มล., TIBC 579 ไมโครกรัม/มล.

ผลการตรวจแยกชนิดของฮีโมโกลบิน: A₂ A, HbA₂ 3.0 %, HbF 1.3 %

FT₃ 8.4 พิโคกรัม/มล. (ค่าปกติ 2.4-6.8), FT₄

3.1 นาโนกรัม/มล. (ค่าปกติ 0.6-1.6), TSH 0.003 uIU/มล (ค่าปกติ 0.3-5.0), albumin 3.5 กรัม%, globulin 3.8 กรัม%, cholesterol 102 มก.%, หน้าที่ของตับและไตปกติ, uric acid 4.3 มก.%

ตรวจเลือดไม่พบ HBsAg, anti-HCV, anti-HIV ตรวจอุจจาระไม่พบตัวพยาธิ หรือไข่พยาธิ, ไม่พบ occult blood

เอกซเรย์กลืนแป้ง พบว่าหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารปกติ และส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นพบว่าหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้นปกติ ตรวจช่องท้องส่วนบนด้วยเครื่องสะท้อนคลื่นเสียงความถี่สูงพบมีม้ามโตเพียงเล็กน้อยเส้นผ่าศูนย์กลาง 9.4 เซนติเมตร

ให้การวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไทรอยด์เป็นพิษ และโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กให้การรักษาด้วยยาเม็ด methimazole, propranolol และ FBC อาการกลืนลำบากค่อยดีขึ้นเป็นลำดับผลการตรวจ 5 เดือนต่อมา น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัม Hb 11.8 กรัม%, Hct 37.7 %, WBC 7,000/มม³, platelet 399,000/มม³, MCV 74.2 เฟมโตลิตร, MCH 23.2 พิโคกรัม, RDW 17.1%, FT₃ 2.1 พิโคกรัม/มล., FT₄ 0.2 นาโนกรัม/มล., TSH 96.9 uIU/มล. วินิจฉัยว่าเป็น primary hypothyroidism ได้หยุด methimazole และเริ่มการให้ L-thyroxin

วิจารณ์

เนื่องจากภาวะกลืนลำบากมีหลายสาเหตุซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่จะพบเห็นได้ไม่ยากด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นหรือการกลืนแป้งแล้วเอกซเรย์⁽¹⁾ แต่ผู้ป่วยของเราหลังจากได้รับการตรวจละเอียดตามที่กล่าวแล้วกลับไม่พบว่ามีรอยโรคใด ๆ ในตัวหลอดอาหารเองไม่พบ esophageal web จึงต้องนึกถึงสาเหตุอื่น ๆ ต่อไป

โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยได้ด้วยการตรวจเลือดพบ microcytic

anemia ร่วมกับ serum ferritin ที่ต่ำเพียง 2.1 นาโนกรัม/มล., ร่วมกับ serum iron ต่ำ แต่ TIBC ขึ้นสูง Guyatt และคณะ ได้แสดงให้เห็นว่าถ้าใช้ค่า ferritin ระหว่าง 15-25 นาโนกรัม/มล. ในการวินิจฉัยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะได้ค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ระหว่าง 7.2-10.4 ยิ่งถ้าใช้ค่า ferritin น้อยกว่า 15 นาโนกรัม/มล. จะได้ค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ที่สูงขึ้นระหว่าง 41.5-62.3⁽¹¹⁾ และเมื่อให้การรักษาด้วยยาที่เข้าธาตุเหล็กผู้ป่วยก็อาการดีขึ้นจริงภายใน 6-8 สัปดาห์⁽¹²⁾

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะพบในกลุ่มอาการ Plummer-Vinson syndrome ซึ่งจะประกอบด้วยไตรลักษณ์ที่เป็นลักษณะจำเพาะ ได้แก่ esophageal web ภาวะกลืนลำบาก และโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก^(3,8) เนื่องจากผู้ป่วยของเราไม่มี esophageal web ภาวะกลืนลำบากจึงไม่น่าจะเกี่ยวกับโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และไม่ใช่ Plummer-Vinson syndrome

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยรายนี้ เกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และไทรอยด์เป็นพิษ และเนื่องจากไทรอยด์เป็นพิษ อาจจะแสดงอาการกลืนลำบากอย่างเดียวก็ได้ เพียงแต่ส่วนมากผู้ป่วยมักจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงนำมาก่อน จึงทำให้วินิจฉัยโรคได้ไม่พลาด ถ้าตรวจ EMG อาจจะพบพยาธิสภาพแบบ neuropathic หรือ myopathic ก็ได้⁽⁶⁾ แต่มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ภาวะกลืนลำบากเกิดขึ้นได้เอง และเกิดก่อนอาการผิดปกติอย่างอื่น ๆ ทำให้วินิจฉัยโรคได้ยากขึ้น⁽²⁾ แต่อาการกลืนลำบากของผู้ป่วยมักจะหายได้เองใน 3 สัปดาห์หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์เป็นพิษ ผู้ป่วยของเราได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไทรอยด์ เป็นพิษจากการตรวจเลือดพบ FT₃ และ FT₄ เพิ่มขึ้น แต่ TSH ลดลง และเมื่อรักษาด้วยยา methimazole ผลตรวจเลือดก็ดีขึ้นเป็นลำดับ และอาการกลืนลำบากก็หายไปเองหลังจากที่ได้รับการรักษา และสุดท้ายผู้ป่วยก็กลับเป็น primary hypothyroidism แทน ซึ่งเป็นสิ่งที่อาจจะพบได้หลัง

การรักษากภาวะไทรอยด์เป็นพิษด้วยยา methimazole และถือเป็นสัญญาณที่ดีว่าภาวะไทรอยด์เป็นพิษจะไม่หวนมาอีก⁽¹³⁾

หลังการรักษาด้วยยา FBC และ methimazole เป็นเวลา 5 เดือนแล้ว ภาวะกลืนลำบากหายไปอาการโลหิตจางดีขึ้น และผลตรวจเลือดกลายเป็นภาวะไทรอยด์ต่ำปฐมภูมิ แม้ว่าภาวะกลืนลำบากจะพบได้ทั้งในผู้ป่วยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และภาวะไทรอยด์เป็นพิษแต่การที่ตรวจไม่พบ esophageal web จึงสันนิษฐานว่าการกลืนลำบากของผู้ป่วยรายนี้น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะไทรอยด์เป็นพิษมากกว่า

สรุป

ผู้ป่วยหญิง อายุ 45 ปี มีอาการกลืนลำบากมา 1 เดือน ตรวจเลือดพบทั้งโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และไทรอยด์เป็นพิษ จึงรักษาไปพร้อมกัน อาการกลืนลำบากค่อยหายไป ทั้งโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และไทรอยด์เป็นพิษ อาจจะเกี่ยวข้องกับการกลืนลำบากได้ทั้งคู่แต่เนื่องจากตรวจไม่พบ esophageal web จึงสันนิษฐานว่าการกลืนลำบากในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเกี่ยวข้องกับภาวะไทรอยด์เป็นพิษมากกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Hoy M, Domer A, Plowman EK, Lock R, Belafsky P. Causes of dysphagia in a tertiary care swallowing center. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2013; 122: 335-8.
2. Banday TH, Bhat SB, Kmat A, Bhat S, Nanjundswamy. Thyrotoxicosis with primary presentation as dysphagia: a rare manifestation. *Int J Res Med Sci* 2014; 2: 1188-90.
3. Novacek G. Plummer-Vinson syndrome. *Orphanet J Rare Dis* 2006; 1: 36. Published online 2006 Sep 15. doi: 10.1186/1750-1172-1-36.
4. Mathew B, Devasia AJ, Ayyar V, Thyagaraj V, Francis GA. Thyrotoxicosis presenting as acute bulbar palsy.

- J Assoc Physicians India 2011; 59: 386-7.
5. Okada H, Yoshioka K. Thyrotoxicosis complicated with dysphagia. *Intern Med* 2009; 48: 1243-5.
 6. Chiu WY, Yang CC, Huang IC, Huang TS. Dysphagia as a manifestation of thyrotoxicosis: report of three cases and literature review. *Dysphagia* 2004; 19: 120-4.
 7. Taguchi Y, Takashima S, Tanaka K. Koilonychia in a patient with subacute iron-deficiency anemia. *Intern Med* 2013; 52: 2379.
 8. Gude D, Bansal DP, Malu A. Revisiting Plummer-Vinson syndrome. *Ann Med Health Sci Res* 2013; 3: 119-21.
 9. กลุ่มควบคุมป้องกันด้านโภชนาการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552.
 10. โปธิ์ จรรยาวิชย์, วราภรณ์ พลเมือง. อุบัติการณ์ของภาวะไทรอยด์เป็นพิษในผู้ป่วยในที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2556; 57: 601-13.
 11. Guyatt GH, Oxman AD, Ali M, Willan A, McIlroy W, Patterson C. Laboratory diagnosis of iron-deficiency anemia: an overview. *J Gen Internal Med* 1992; 7: 145-53.
 12. Schrier SL. Treatment of iron deficiency anemia in adults. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham MA. (Accessed on Nov 25, 2013)
 13. Choo YK, Yoo WS, Kim DW, Chung HK. Hypothyroidism during antithyroid drug treatment with methimazole is a favorable prognostic indicator in patients with Graves' disease. *Thyroid* 2010; 20: 949-54.