

**Chronic abdominal pain and diarrhea as the first clinical manifestations of childhood-onset systemic lupus erythematosus: A case report and literature review**

Yos Werawatakul, Phisek Yimyaem, Amnuayporn Apiraksakorn, Manasita Tanya

*Department of Pediatrics, Khon Kaen Hospital*

**Abstract**

**Background:** Clinical manifestations of systemic lupus erythematosus (SLE) are polymorphic, with involvement of various organs, leading to a delay in diagnosis. Gastrointestinal (GI) manifestations in SLE as the first symptoms in children are rare.

**Case report:** A 10-year-old girl presented with chronic abdominal pain, chronic diarrhea and severe malnutrition without other signs and symptoms. She was subsequently diagnosed with SLE by EULAR/ACR criteria. The patient was treated with corticosteroid and nutritional management. She recovered well, weight gained to normal and had no recurrence of GI symptoms during the last 12 months of follow-up.

**Conclusion:** Pediatricians should be aware of SLE in patients presenting with isolated GI manifestations.

**Keywords:** chronic abdominal pain, diarrhea, Childhood-onset SLE, severe malnutrition

รายงานและบททวนวรรณกรรมผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรังและท้องร่วงเรื้อรัง  
เป็นอาการแรกของโรคเอสแอลอีในเด็ก

ยศ วีระวัฒนตระกูล, ภิเชก ยิ้มยิ้ม, อำนวยพร อภิรักษากร, มนลิตา ตันยะ  
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

Received January 17, 2024 Revised March 13, 2024 Accepted March 27, 2024

**บทคัดย่อ**

**ความเป็นมา:** อาการทางคลินิกของโรคเอสแอลอีมีได้หลายระบบหลายรูปแบบ จึงมักทำให้วินิจฉัยได้ล่าช้า อาการนำด้วยระบบทางเดินอาหารเพียงอย่างเดียวพบได้น้อยมากในเอสแอลอีอาการปวดท้องเรื้อรังและท้องร่วงเรื้อรังเป็นอาการแรกของโรคเอสแอลอี พบน้อยมาก

**รายงานผู้ป่วย:** เด็กหญิงอายุ 10 ปี มาด้วยอาการปวดท้องเรื้อรัง อุจจาระร่วงเรื้อรัง และภาวะขาดสารอาหารรุนแรงโดยไม่พบอาการและอาการแสดงของระบบอื่นภายหลังที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคจากเกณฑ์วินิจฉัยโรคเอสแอลอี EULAR/ACR ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์ และ โภชนบำบัด พบว่ามีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี น้ำหนักเพิ่มขึ้นจนกลับมาเป็นปกติ รวมทั้งไม่มีอาการปวดท้องเรื้อรังและอุจจาระร่วงเรื้อรังอีกตลอด 12 เดือนที่ติดตามอาการ

**สรุป:** กุมารแพทย์ควรตระหนักถึงโรคเอสแอลอีในเด็กที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารอย่างเดียวเป็นอาการนำ

**คำสำคัญ:** อาการปวดท้องเรื้อรัง อาการถ่ายอุจจาระเหลวเรื้อรัง โรคเอสแอลอีในเด็ก ภาวะขาดสารอาหารรุนแรง

## บทนำ

โรคเอสแอลอีในวัยเด็ก (childhood-onset systemic lupus erythematosus, cSLE) มักพบในเด็กหญิงอายุมากกว่า 10 ปี ในช่วงอายุ 12-16 ปี เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังจากภูมิคุ้มกันต่อตนเองในหลายระบบ อันเป็นผลมาจากภูมิคุ้มกันและอิมมูนคอมเพล็กซ์ โรคเอสแอลอีเป็นโรคพบน้อยทั่วโลก มักมีอาการรุนแรงเมื่อมีการอักเสบในไตและระบบประสาท เด็กที่อุจจาระร่วงเรื้อรังเกิน 1 สัปดาห์ควรคิดถึงโรคเอสแอลอีด้วยเสมอ เนื่องจากโรคนี้สามารถมีอาการได้ในทุกระบบ<sup>1</sup> อุบัติการณ์โรคเอสแอลอีพบ 0.36-0.9 ต่อเด็กหนึ่งแสนคน และพบมากในเด็กหญิงก่อนเป็นวัยรุ่น<sup>2</sup> เนื่องจากโรคนี้เกิดจากภูมิคุ้มกันต่อต้านอวัยวะของตนเองจึงทำให้อาการของเอสแอลอีมีได้หลายแบบและมักแสดงในหลายระบบพร้อมกัน อย่างไรก็ตามหากเป็นระบบทางเดินอาหารระบบเดียวอาจทำให้วินิจฉัยได้ยากและล่าช้า สำหรับอาการของระบบทางเดินอาหารในโรคเอสแอลอี ได้แก่ปวดท้อง อาเจียน อุจจาระร่วง ตับอักเสบ เป็นต้น และที่พบได้ไม่บ่อย เช่น หลอดเลือดในลำไส้อักเสบ protein losing enteropathy ลำไส้อุดตันเทียม และตับอ่อนอักเสบ แม้ว่าอาการจากระบบการอักเสบในทางเดินอาหารเหล่านี้จะพบได้ในโรคเอสแอลอี อาการอุจจาระร่วง อย่างเดียวที่เป็นอาการแรกก็พบได้น้อยมากในทุกช่วงอายุของเด็ก<sup>3</sup> ปัจจุบันยังไม่มีการตรวจภูมิคุ้มกันที่จำเพาะกับอาการทางระบบทางเดินอาหาร การถ่ายภาพรังสี การส่องกล้องตรวจชิ้นเนื้อที่จะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้ ดังนั้นอาการของโรคเอสแอลอีในระบบทางเดินอาหารเป็นอาการหลักเพียงอย่างเดียวพบได้น้อย คือพบเพียงร้อยละ 5 ในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก<sup>4</sup> และอาการขาดสารอาหารเรื้อรัง จากถ่ายอุจจาระเหลวเรื้อรังในโรคเอสแอลอีพบได้น้อยและเคยมีรายงานในเด็กเพียง 1 รายที่ประเทศบราซิล<sup>5</sup>

## รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 10 ปี ภูมิลำเนา อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น ประวัติ ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่เป็นเวลา 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการรักษาประคับประคองตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชน แต่อาการไม่ดีขึ้น รับประทานอาหารได้น้อยลงเรื่อย ๆ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องถี่มากขึ้น อาการไม่ดีขึ้น

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย อาเจียนเป็นเศษอาหาร และรุนแรงขึ้น จนเป็นน้ำสีเขียว ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำปนเนื้อ ไม่มีมูกเลือดปน วันละประมาณ 10 ครั้งทุกวัน ไม่มีไข้ ไม่มีไอ ไม่มีผื่น ไม่ปวดข้อ ไปโรงพยาบาลชุมชน ตรวจ urinalysis พบ sp.gr. 1.040, albumin 1+, WBC 5-10 cells/HPF, RBC 1-2 cells/HPF, nitrite negative, ketone negative, sugar negative ได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะด้วยยาปฏิชีวนะและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีปัญหา refeeding syndrome ตรวจเลือดโพแทสเซียม 3 mmol/L แมกนีเซียม 1.3 mg/dL ฟอสฟอรัส 3 mg/dL น้ำหนักลดแพทย์ผู้ดูแลได้ส่งตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรค ไม่พบเชื้อทั้ง 3 วัน ตรวจเอชไอวี ผลปกติ ได้รับยาปฏิชีวนะมารับประทาน 7 วัน พบว่าอาการไม่ดีขึ้น ถ่ายอุจจาระเหลวทุกวัน รับประทานได้น้อย น้ำหนักตัวลดต่อเนื่อง จาก 36 เหลือ 21 กิโลกรัมใน 3 เดือน (ร้อยละ 41.6) จึงได้ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ประวัติอดีต แข็งแรงดีมาตลอด ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเบื่ออาหาร ไม่มีประวัติน้ำหนักลด ไม่มีคนในครอบครัว ปวดท้องเรื้อรัง ไอเรื้อรัง เคยรับประทานของดิบ ก้อยเนื้อวัวดิบ ส้มปลาดิบ ผักสด

ตรวจร่างกายผู้ป่วยแรกพบ รู้สึกตัวดี น้ำหนัก 23 กิโลกรัม (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 3) ส่วนสูง 146 เซนติเมตร (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75-90) ชีพจร 146 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันเลือด 97/73

มีลิเมทรปรอท ชูบพอมมาก มีภาวะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ สูญเสียไขมันบริเวณทรวงอก โพรทิส ซีดเล็กน้อย ต่อมาน้ำเหลืองบริเวณคอไม่โต ไม่มีผื่นที่ใบหน้าและใบหู ไม่มีแผลในเพดานปาก หน้าท้องแบน เสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ หน้าท้องปกติ คลำไม่พบก้อนผิดปกติ กดไม่เจ็บ ไม่มีตับม้ามโต ประเมินโภชนาการ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (weight-for-age) ร้อยละ 74 มีภาวะ moderate degree malnutrition ตาม Gomez's classification และ undernutrition ตาม Wellcome's classification ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (height-for-age) ร้อยละ 104 แปลว่าผู้ป่วยมีโภชนาการก่อนป่วยดี และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (weight-for-height) ร้อยละ 60 มีภาวะ severe wasting ตาม Waterlow's classification

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count (CBC) Hb 10 g/dL, เม็ดเลือดขาว 4,810/uL (N 69.4%, L 24%, M 5.5%, E 0.2%) และเกร็ดเลือด 520,000/uL

ผลการตรวจ BUN 9 mg/dL, creatinine 0.2 mg/dL, โซเดียม 135 mmol/L โพแทสเซียม 3.5 mmol/L คลอไรด์ 102 mmol/L ไบคาร์บอเนต 20 mmol/L ตรวจการทำงานของตับ (LFT) total protein 5.6 g/dL, albumin 3 g/dL, globulin 2.6 g/dL, total bilirubin 0.19 mg/dL, direct bilirubin 0.11 mg/dL, alkaline phosphatase 88 U/L, AST 23 U/L, ALT 18 U/L การตรวจอุจจาระ ไม่พบเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ stool occult blood ไม่พบเลือด ตรวจอุจจาระ AFB และ modified AFB ให้ผลลบ HIV Ab (ECLIA) negative, ตรวจเลือดไม่พบภูมิคุ้มกันต่อพยาธิ Capillaria ตรวจ urinalysis พบ sp.gr. 1.027, protein 2+, WBC 0 cells/HPF, RBC 0 cells/HPF, urine protein creatinine ratio 1.7 ESR 28 mm/hr, CRP <2.8 mg/L, C3 0.18 (0.90-1.80) g/L, C4 0.04 (0.10-0.40) g/L, ANA positive (negative): fine speckle type 4+, homogeneous type 4+, cytoplasmic pattern positive, homogeneous type 2+, anti-dsDNA positive 4+ (negative) ภาพถ่ายรังสีทรวงอกและท้อง และการตรวจ Ultrasound ช่องท้องส่วนบน ไม่พบความผิดปกติ



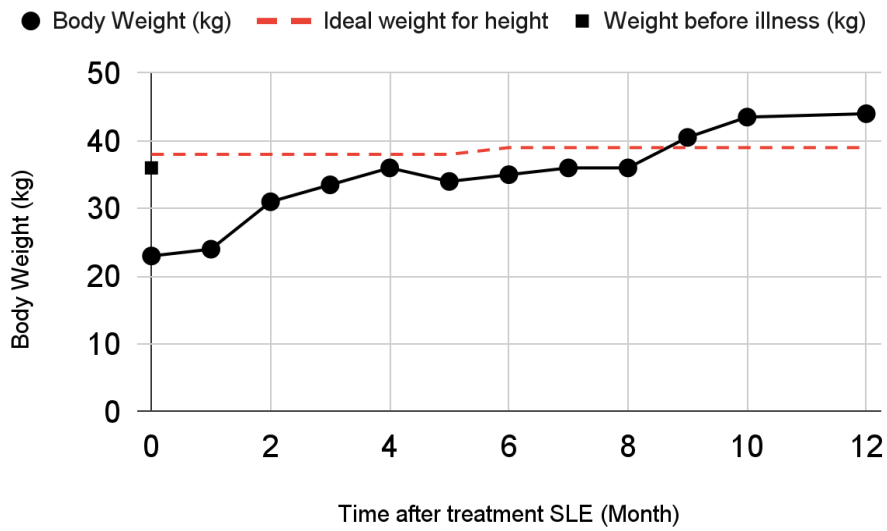
รูปที่ 1 ภาพผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาโรคเอสแอลอี  
รูปภาพนี้ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยและผู้ปกครองแล้ว

หลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อตรวจหาสาเหตุ 3 วัน ผู้ป่วยมีไข้ขึ้นตรวจไม่พบสาเหตุไข้  
ส่งเลือดเพาะเชื้อ ไม่พบเชื้อ ครอบคลุมเกณฑ์วินิจฉัยโรคเอสแอลอีของ EULAR/ACR<sup>6</sup> คือ fever 2 คะแนน, low C3&C4 4  
คะแนน, anti-dsDNA positive 6 คะแนน รวม 12 คะแนน ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคเอสแอลอีด้วยยา methylprednisolone  
2 mg/kg/day ทางหลอดเลือดดำ 2 วัน แล้วจึงเปลี่ยนเป็นยารับประทาน hydroxychloroquine 100 mg/day, prednisolone 60  
mg/day, azathioprine 50 mg/day และวิตามินบำรุง หลังได้ยา methylprednisolone ครบ 2 วันผู้ป่วย ไข้ลง ไม่มีอาเจียน  
และถ่ายอุจจาระเหลว ทานอาหารได้ ไม่ต้องให้น้ำเกลือและสารอาหารทางหลอดเลือดดำ รวมนอนโรงพยาบาล 7 วัน  
ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นเวลา 5 วัน มี refeeding syndrome เล็กน้อย ผู้ป่วยได้กลับบ้าน โดยไม่มีอาการปวด  
ท้อง ไม่มีอุจจาระร่วง ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้ปกติ วันละ 3 มื้อ และนัดมาเพื่อติดตามอาการทุก 1 เดือน จนครบ  
12 เดือน การติดตามอาการพบว่าผู้ป่วย ไม่มีอาการ ไข้ ไม่อาเจียนและอุจจาระร่วง น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ไม่มีผื่น ไม่ปวด  
ข้อ ไม่บวม ไม่เหนื่อยง่าย รับประทานอาหารได้ปกติ วันละ 3 มื้อ รับประทานเนื้อสัตว์ ผักผลไม้ได้

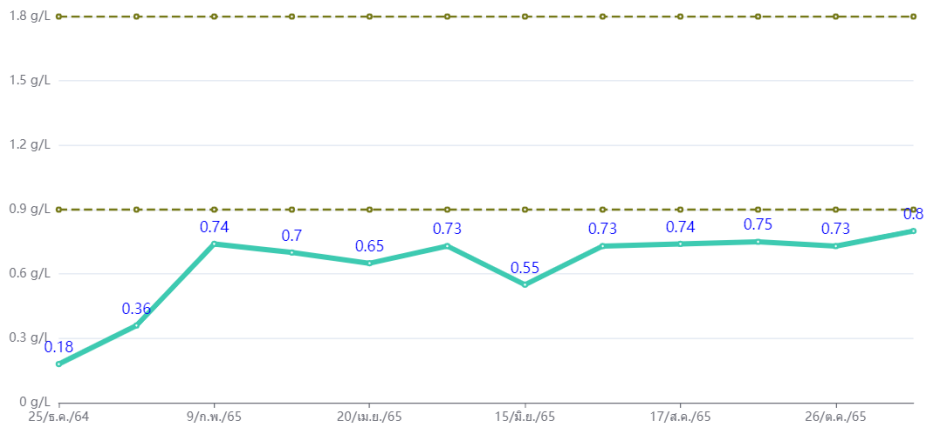
เมื่อติดตามอาการที่ 2 เดือน ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจาก 21 เป็น 31 กิโลกรัม (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25-50) ส่วนสูง  
146 เซนติเมตร เท้าเดิม เส้นรอบวงแขน 16 เซนติเมตร เส้นรอบเอว 69 เซนติเมตร และในเวลา 12 เดือน น้ำหนักตัว 43  
กิโลกรัม (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75-90) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบอาการทางระบบอื่น ไม่พบซิคหรือเกร็ดเลือดต่ำ ไม่พบ  
โปรตีนรั่วในปัสสาวะ ค่า C3 C4 สูงขึ้นตามรูปภาพที่ 4, 5 และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ของโรคเอสแอลอี  
ENA 12 panel: Anti-Sm negative (negative), anti-Ro (SS-A) negative (negative) anti-La (SS-B) negative (negative),  
anti-Scl 70 negative (negative), anti-Jo1 negative (negative), anti-Ro52 negative (negative), anti-nRNP/Sm negative  
(negative), anti-centromere B negative (negative), anti-dDNA (Immunoblot) negative (negative), anti-nucleosomes  
borderline (negative), anti-histones negative (negative), anti-Ribo.P-protein positive 3+ (negative) และ antiphospholipid  
antibody: lupus anticoagulant negative (negative), anti-cardiolipin Ig G, M negative (negative), anti-beta 2 glycoprotein  
I Ig G, M negative (negative)



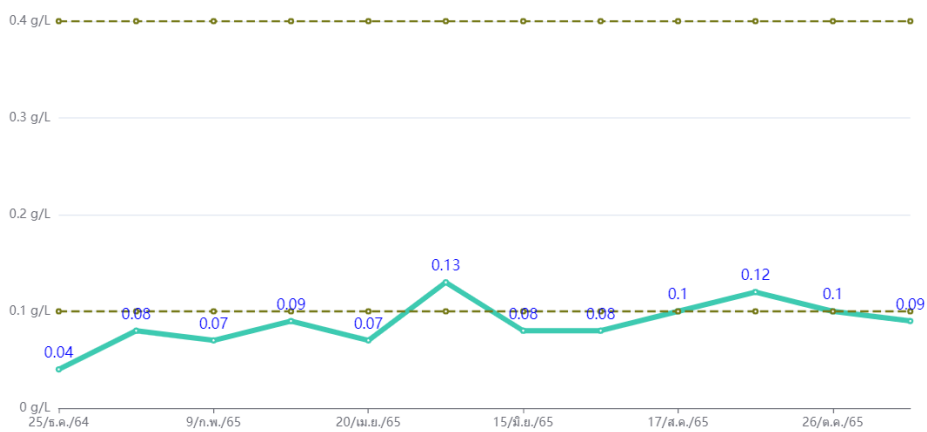
รูปที่ 2 ภาพผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาโรคเอสแอลอี 2 เดือน  
รูปภาพนี้ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองและผู้ป่วยแล้ว



รูปที่ 3 น้ำหนักผู้ป่วยตามระยะเวลาภายหลังรักษาโรคเอสแอลอี



รูปที่ 4 ค่า C3 หลังได้รับการรักษาโรคเอสแอลอี 12 เดือน



รูปที่ 5 ค่า C4 หลังได้รับการรักษาโรคเอสแอลอี 12 เดือน

## บทวิจารณ์

ผู้ป่วยเด็กรายนี้มีอาการปวดท้องและอุจจาระร่วงเรื้อรังมา 1 เดือน มีน้ำหนักลดมากจนมีภาวะขาดสารอาหารรุนแรง ตรวจร่างกายพบว่าน้ำหนักน้อย ชุ่มผอมมาก มีภาวะทุโภชนาการ และมีไข้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สอดคล้องกับโรคเอสแอลอี ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ EULAR/ACR (6) ผู้วิจัยได้ให้การวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยรายนี้ 1) inflammatory bowel disease (IBD) โรคนี้ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการถ่ายอุจจาระเหลวเรื้อรัง ปวดท้อง น้ำหนักลด และตรวจพบ inflammatory marker สูงเล็กน้อย เพื่อวินิจฉัยแยกโรค พิจารณาต่อกล้องทางเดินอาหารตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา 2) ติดเชื้อโรคพยาธิ parasitic infestation ที่ทำให้อุจจาระร่วงเรื้อรังได้ เช่น *Capillaria philippinensis* ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติรับประทานก๋วยเตี๋ยวปลาดิบ และอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีอุบัติการณ์โรคนี้นี้สูง จึงได้ส่งตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ซึ่งผลตรวจไม่พบไข่พยาธิชนิดนี้ และตรวจทางภูมิคุ้มกันต่อพยาธิตัวนี้ ไม่พบภูมิคุ้มกันต่อพยาธิ *Capillaria philippinensis* 3) โรคติดเชื้อเรื้อรัง chronic infection ที่พบบ่อยในประเทศไทย เช่น วัณโรค เอชไอวี ซึ่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบภาวะดังกล่าว ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้ส่งตรวจส่องกล้องทางเดินอาหาร ส่วนบนและส่วนล่างเพิ่มเติม (upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy) เนื่องจากอาการและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถวินิจฉัยโรคเอสแอลอีได้ ร่วมกับการรักษาด้วยสเตียรอยด์และการรักษาทางโภชนาการ พบว่าตอบสนองต่อการรักษาดี

จากการทบทวนวรรณกรรมอาการทางระบบเดินอาหารในโรคเอสแอลอีเป็นอาการนำพบได้ร้อยละ 5 ได้แก่อาการปวดท้องร้อยละ 97 อาเจียนร้อยละ 42 ท้องร่วงร้อยละ 32 โดยส่วนมากมักมีอาการร่วมกับระบบอื่นๆ หรือเริ่มมีอาการทางระบบทางเดินอาหารหลังได้รับการวินิจฉัยเอสแอลอี (4) อาการทางระบบเดินอาหารในโรคเอสแอลอี พบได้ร้อยละ 42 มักพบเป็นผลข้างเคียงจากยารักษา หรืออาการของตัวโรคกำเริบ อาการที่พบได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 53 เบื่ออาหารร้อยละ 49 ปวดท้องร้อยละ 19<sup>7</sup> อาการลำไส้อักเสบจากโรคเอสแอลอี (lupus enteritis) อาจมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ เช่น ปวดท้องร้อยละ 97 ท้องมานร้อยละ 78 คลื่นไส้ร้อยละ 49 อาเจียนร้อยละ 42 ถ่ายอุจจาระเหลวร้อยละ 32 ไข้ร้อยละ 20 เป็นต้น (4) ผู้ป่วยเด็กโรคเอสแอลอีที่มีอาการระบบทางเดินอาหารส่วนมากจะมีอาการอื่นร่วมด้วย หรือเคยวินิจฉัย เอสแอลอีอยู่เดิม<sup>8</sup> การวินิจฉัยที่เร็วและการรักษาที่ถูกต้องสามารถเปลี่ยนพยากรณ์ของตัวโรคได้<sup>9</sup> รายงานทั้งหมดเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยอาการแสดง ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว น้ำหนักลดเป็นอาการนำของโรคเอสแอลอีของระบบทางเดินอาหารซึ่งพบได้น้อย ผู้นิพนธ์ได้สรุปการทบทวนวรรณกรรมไว้ในตารางที่ 1

## บทสรุป

โรคเอสแอลอีเป็นโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านอวัยวะของตนเองที่สามารถมีอาการได้หลายระบบพร้อมกันอาการในระบบทางเดินอาหารพบได้ไม่บ่อย ในรายที่อาการทางระบบทางเดินอาหาร เป็นอาการแรกและอาการเดียว อาจทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้าได้ การที่จะวินิจฉัยโรคนี้ได้เร็วขึ้น แพทย์ควรคิดถึงโรคเอสแอลอีด้วย แม้ว่าอาการทางระบบทางเดินอาหารจะไม่ใช่อยู่ในเกณฑ์วินิจฉัยของโรคเอสแอลอี

อาการปวดท้องเรื้อรังและอุจจาระร่วงเรื้อรัง เกิดได้จากหลายสาเหตุ ในกรณีที่ไม่มีทราบสาเหตุ ควรตระหนักถึงโรคเอสแอลอีด้วย เนื่องจากสามารถเป็นอาการนำของโรคเอสแอลอีได้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณกุมารแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอนแก่นทุกท่าน ที่ช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วย รายนี้ หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรมและผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนแนะนำในการทำวิจัยจน ได้บทความที่สมบูรณ์

ตารางที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมรายงานผู้ป่วยที่มาด้วยอาการระบบทางเดินอาหารและผลลัพธ์ของการรักษาโรคเอสแอลอี ในเด็ก

เคส (อ้างอิง)	อายุ (ปี)	เพศ	อาการทางระบบทางเดินอาหาร	อาการอื่น	การสร้างภาพทางการแพทย์	การส่องกล้องทางเดินอาหาร	จุลพยาธิวิทยา	การรักษา	ผลการรักษา
1 (10)	15	หญิง	ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ อาเจียน	น้ำหนักลด โปรตีนรั่วทางปัสสาวะ อาการทางระบบประสาทที่พบร่วมกับโรคเอสแอลอี	CT scan พบ diffuse bowel wall edema	ไม่ปรากฏ	ไม่ปรากฏ	สเตอโรยด์ IV cyclophosphamide	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 2 ปี
2 (10)	13	หญิง	ปวดทั่ว ๆ ท้อง อาเจียน เป็นน้ำดี ท้องร่วง	อาการทางระบบประสาทที่พบร่วมกับโรคเอสแอลอี ผื่นแดงบริเวณ โหนกแก้มทั้งสองข้าง	CT scan พบ bowel wall thickening with enhancement	ไม่ปรากฏ	ไม่ปรากฏ	สเตอโรยด์ IV cyclophosphamide 5 รอบ, azathioprine	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 2 ปี
3 (10)	15	หญิง	ปวดท้อง อาเจียน เป็นน้ำดี abdominal guarding	ความดันโลหิตสูง โปรตีนและเม็ดเลือดแดงรั่วทางปัสสาวะ ผื่นแดงบริเวณ โหนกแก้มทั้งสองข้าง	CT scan พบ long segment of small bowel wall thickening	ไม่ปรากฏ	ไม่ปรากฏ	สเตอโรยด์	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 2 ปี



เคส (อ้างอิง)	อายุ (ปี)	เพศ	อาการทางระบบทางเดินอาหาร	อาการอื่น	การสร้างภาพทางการแพทย์	การส่องกล้องทางเดินอาหาร	จุลพยาธิวิทยา	การรักษา	ผลการรักษา
4 (11)	10	ชาย	ปวดท้องท้องผูก อาเจียนเป็นน้ำดี และอุจจาระ	โปรตีนรั่วทางบัสสาวะ อาการทางระบบประสาทที่พบร่วมกับโรคเอสแอลอี	Plain film พบ distended intestinal loops with air-fluid level	ไม่ปรากฏ	Small intestine and colon พบ eosinophil infiltration	Intravenous immunoglobulin สเตอโรยด์ cyclophosphamide รับประทาน	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 2 ปี
5 (11)	15	หญิง	ปวดทั่วๆท้อง อาเจียนท้องร่วง	น้ำหนักลด โปรตีนรั่วทางบัสสาวะ อาการทางระบบประสาทที่พบร่วมกับโรคเอสแอลอี	ไม่ปรากฏ	Candida esophagitis	Esophagus พบ eosinophil infiltration	สเตอโรยด์	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 1 ปี
6 (12)	10	หญิง	ปวดท้องรุนแรง	ไข้ ความดันโลหิตสูง เม็ดเลือดแดงรั่วทางบัสสาวะ	Plain film พบ air-fluid level	ไม่ปรากฏ	Intestine พบ SLE-like necrotic-hemorrhagic ulcerous vasculitis	สเตอโรยด์ IV cyclophosphamide, azathioprine	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 2 ปี
7 (12)	16	ชาย	ปวดท้องน้อยด้านขวา	ไข้	ไม่ปรากฏ	ไม่ปรากฏ	Intestine พบ mixed inflammatory cell infiltration	สเตอโรยด์ IV cyclophosphamide	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 2 ปี
8 (13)	12	หญิง	ปวดท้องเป็น ๆ หาย ๆ	แผลในช่องปาก	CT scan พบ short segment of small bowel thickening	Erythematous & edematous proximal to mild-jejunum	Moderate active enteritis with mild villous blunting and submucosal vasculitis	สเตอโรยด์	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 1 ปี
9 (5)	9	หญิง	อาเจียน อุจจาระร่วง รับประทานได้น้อย	น้ำหนักลด ไข้ ปวดข้อ ภาวะหายใจล้มเหลว ข้ออักเสบ	CT scan พบ diffuse distention of intestinal loops with liquid content	ไม่ปรากฏ	ไม่ปรากฏ	สเตอโรยด์ cyclophosphamide รับประทาน	เข้าสู่ระยะสงบ และไม่กำเริบใน 2 ปี

## เอกสารอ้างอิง

1. Malattia C. Paediatric-onset systemic lupus erythematosus. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27:351-62.
2. Petty RE. Systemic lupus erythematosus. In: Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, Wedderburn LR, Mellins E, Fuhlbrigge R, editors. *Textbook of pediatric rheumatology*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 396-449.
3. Tian XP, Zhang X. Gastrointestinal involvement in systemic lupus erythematosus: Insight into pathogenesis, diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol*. 2010 28;16:2971-7.
4. Janssens P, Arnaud L, Galicier L, Mathian A, Hie M, Sene D, et al. Lupus enteritis: From clinical findings to therapeutic management. *Orphanet J Rare Dis*. 2013;8:67.
5. Santos MR. Diarrhea as First Symptom in Systemic Erythematosus Lupus in Child - A Case Report. *J Clin Gastroenterol Treat*[Internet]. 2016 Sep 30 [cited 7 Mar 2024]; Available from: <https://clinmedjournals.org/articles/jcgt/journal-of-clinical-gastroenterology-and-treatment-jcgt-2-032.php?jid=jcgt>
6. Aringer M. EULAR/ACR classification criteria for SLE. *Semin Arthritis Rheum*. 2019;49:S14-7.
7. Ebert EC, Hagspiel KD. Gastrointestinal and hepatic manifestations of systemic lupus erythematosus. *J Clin Gastroenterol*. 2011;45:436-41.
8. Kwok SK, Seo SH, Ju JH, Park KS, Yoon CH, Kim WU, et al. Lupus enteritis: Clinical characteristics, risk factor for relapse and association with anti-endothelial cell antibody. *Lupus*. 2007;16:803-9.
9. Fawzy M, Edrees A, Okasha H, El Ashmaui A, Ragab G. Gastrointestinal manifestations in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2016;25:1456-62.
10. Fotis L, Baszis KW, French AR, Cooper MA, White AJ. Mesenteric vasculitis in children with systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. 2016;35:785-93.
11. Yamazaki-Nakashimada MA, Rodriguez-Jurado R, Ortega-Salgado A, Gutierrez-Hernández A, García-Pavon-Osorio S, Hernandez-Bautista V. Intestinal pseudoobstruction associated with eosinophilic enteritis as the initial presentation of systemic lupus erythematosus in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;48:482-6.
12. Lepore L, Facchini S, Codrich D, Pelizzo G, Messineo A, Ventura A. Acute abdomen: The presenting sign of systemic lupus erythematosus in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2002;35:570-2.
13. Chowichian M, Aanpreung P, Pongpaibul A, Charuvanij S. Lupus enteritis as the sole presenting feature of systemic lupus erythematosus: Case report and review of the literature. *Paediatr Int Child Health*. 2019;39:294-8.