

อภิปรายกรณีร่วมพยาธิ

ไข้ต่อมน้ำเหลืองโตและแผลที่ผิวหนัง

ประทีป กสิวัฒน์*
สนั่น รังรักษ์ศิริวิ**

ประวัติ

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 46 ปี บ้านอยู่จังหวัดชลบุรี อาชีพรับจ้างทำไร่ เริ่มมีอาการแน่นท้อง มีไข้ และผอมลงมากประมาณ 3 เดือน พร้อมกันนั้นมีต่อมน้ำเหลืองที่คอ ไตคาง และขาหนีบโตด้วย และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระราชา แพทย์ตรวจพบว่ามีไข้ 38-39°ซ. ต่อมน้ำเหลืองที่คอ รักแร้ และที่ขาหนีบโต ตับและม้ามโต มีแผลที่เพดานปาก ลิ้น หลังเท้าขวา ตรวจพบความผิดปกติทางพยาธิสภาพของต่อมน้ำเหลืองและไขกระดูกแล้วเห็นสมควรส่งมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงมาก่อน มีบุตร 3 คน ทุกคนในครอบครัวสบายดี มีประวัติสูบบุหรี่วันละครึ่งซอง และดื่มเหล้าวันละ 1 แก้วมานาน 30 ปี

การตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยผอมมาก ไข้ 37.5°ซ. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/100 มม.ปรอท ตรวจพบมีแผลที่ขนาดเส้นผ่า

ศูนย์กลาง 1.5 ซม. ที่เพดานปากและโคนลิ้น แผลที่หลังเท้าขวาขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1 ซม. ขอบไม่เรียบ ตับโต 4 ซม. ไตชายโครงขวา ผิวเรียบ กดไม่เจ็บ ม้ามโต 6 ซม. ต่ำจากชายโครงซ้าย ผิวเรียบและกดไม่เจ็บเหมือนกัน ต่อมน้ำเหลืองโตที่คอคางขวาคลำได้ 4 ต่อมนขนาดราว 1 ซม. ค่อนข้างแข็งแต่ไม่ติดกัน ต่อมน้ำเหลืองไตคางคางขวาโตขนาด 1×3 ซม. กดไม่เจ็บเช่นกัน ปอด หัวใจ และระบบอื่นปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hct. 30% Wbc. 3500 เซลล์/ลูกบาศก์ มม. neutrophils 80% lymphocytes 11% monocyte 3% ลักษณะเม็ดเลือดแดงเป็นชนิด normochromic, normocytic, reticulocytes 0.4% platelets 124,000/ลูกบาศก์ มม. บีสสภาวะปกติ

ผลเคมีเลือด FBS 84 มก.% BUN 17 มก.% creatinine 0.8 มก.% Na 134 mEq/L K 4 mEq/L CO₂ content 24 mEq/L การตรวจหน้าที่ของตับพบว่า total bilirubin 0.8 มก.% SGOT 20 I.U. SGPT 11 I.U. alkaline

*แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**แผนกพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

phosphatase 67 หน่วย albumin/globulin 3.4/2.8 ตรวจเสมหะเพื่อหาคูเชื้อวัณโรค 3 ครั้ง ให้ผลลบเพาะเชื้อจากโลหิต 3 ครั้ง ไม่พบว่ามืเชื้อแบคทีเรียเพาะเชื้อจากแผลที่เท้าได้ผลมี heavy growth of *Pseudomonas aeruginosa* ซึ่งเชื้อไวต่อยา gentamicin, tobramycin, amikacin, polymyxin B.

การรักษาและการดำเนินโรค

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย penicillin G sodium 500,000 หน่วย ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 6 ชั่วโมง และให้ยารักษาตามอาการอื่น ๆ ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูง การตรวจพบทั่ว ๆ ไปคงเดิม แพทย์ได้ตัดชิ้นเนื้อจากแผลที่เท้าและที่ลิ้น และจากต่อมน้ำเหลืองที่โตส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และได้เจาะไขกระดูกตรวจด้วย

วันที่ 8 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วยมีอาการเลวลงกระสับกระส่าย มีเลือดออกที่ผิวหนัง (petichia) บริเวณหน้าอก วัดความดันโลหิตได้ 100/60 มม.ปรอท ชีพจร 60 ครั้ง/นาที ผิวหนังเย็น ตรวจเลือดโดยทำ blood smear พบว่าไม่มี platelet ผู้ป่วยอาการเลวลงและถึงแก่กรรมในเวลาต่อมา

อภิปราย

น.พ. ประทีป: จากประวัติการตรวจร่างกาย และการตรวจห้องปฏิบัติการ สรุปปัญหาของผู้ป่วยได้ดังนี้คือ

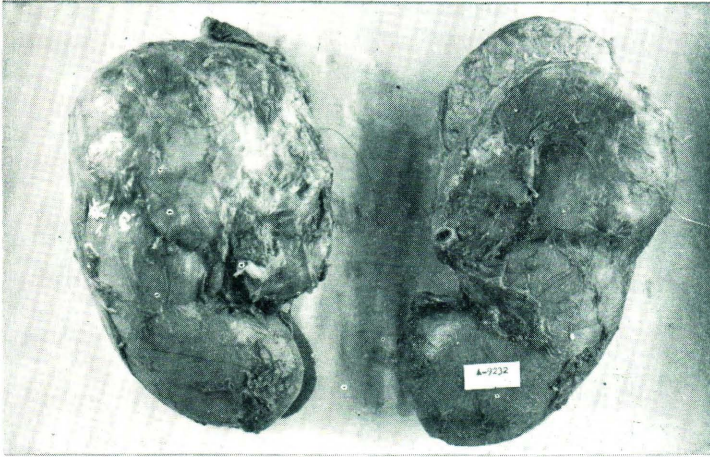
1. มีไข้เป็นระยะเวลานาน
2. ต่อมน้ำเหลืองโตทั่ว ๆ ไป

3. ตับและม้ามโต
4. มีแผลในปาก ลิ้น และที่เท้าข้างขวา
5. เม็ดเลือดและ platelets ต่ำ (pancytopenia)

ถ้าจะกล่าวถึงสาเหตุของปัญหาแต่ละอันจะเสียเวลามาก ขอสรุปเฉพาะโรคที่เข้าได้กับปัญหาต่าง ๆ ที่มีโดยที่ผู้ป่วยอาจจะมีแผลหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยที่ไม่คิดว่า เป็นวัณโรค เพราะวัณโรคมักพบต่อมน้ำเหลืองโตเฉพาะที่ ไม่ค่อยพบเป็นแบบต่อมน้ำเหลืองโตทั่ว ๆ ไป และต่อมน้ำเหลืองที่โตมักจะติดกันเป็นก้อน หรือติดกับอวัยวะใกล้เคียง หรืออาจแตกออกมาที่ผิวหนังเป็น sinus มี discharge เป็นน้ำเหลืองและ necrotic tissues ออกมาและอาจเห็นมีแผลเป็นด้วย ส่วนม้ามโตพบได้ใน primary tuberculosis แต่ก็พบน้อยมาก และถ้าผลการตรวจทางพยาธิสภาพเป็นวัณโรค ทางโรงพยาบาลสมเด็จพระราชาคงไม่ต้องส่งมารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สำหรับโรคมะเร็งที่ลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ก็พบว่า มีต่อมน้ำเหลืองโต ต่อมน้ำเหลืองที่โตจะแข็งมากเหมือนก้อนหิน และโตบริเวณใกล้เคียงกับอวัยวะที่เป็น มะเร็งเช่นต่อมน้ำเหลืองรักแร้โตอาจเนื่องจาก มะเร็งของเต้านม ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตอาจเนื่องจาก มะเร็งที่ nasopharynx ทั้งวัณโรคและโรคมะเร็งไม่คิดว่าจะเป็นในผู้ป่วยรายนี้ ขอตัดออกไป

โรคที่น่าจะนึกถึงในผู้ป่วยรายนี้มีดังนี้คือ

1. Acute leukemia ผู้ป่วยมีอาการที่สำคัญคือ ไข้ ชีต เลือดออกง่าย มีตับและม้ามโตและ

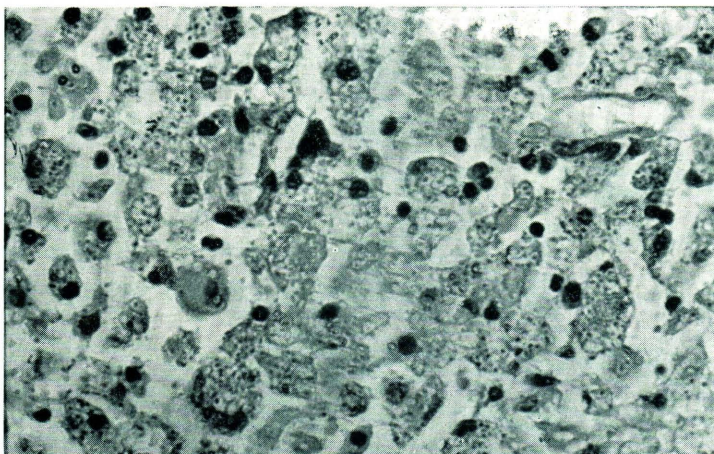


ภาพที่ 1

แสดงไตและต่อมหมวกไตทั้ง 2 ข้าง
อยู่ติดกันแน่น ขนาดของต่อม
หมวกไตโตขึ้นมากเกือบเท่ากับ
ขนาดของไต

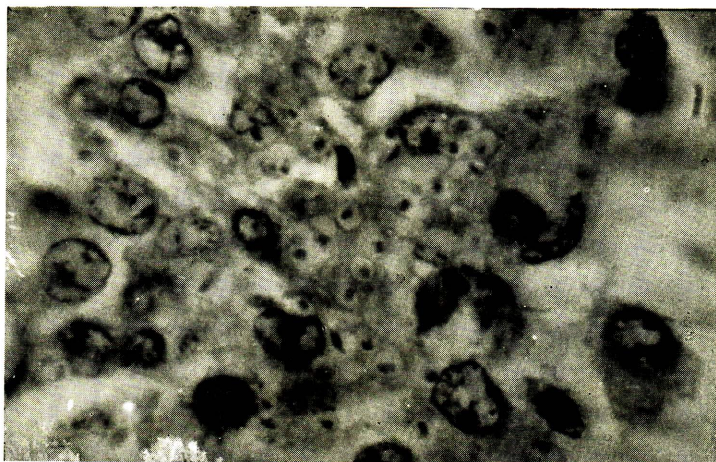
ภาพที่ 2

ผิวหน้าตัดของต่อมหมวกไตและไต
แสดง massive necrosis ของต่อม
หมวกไต



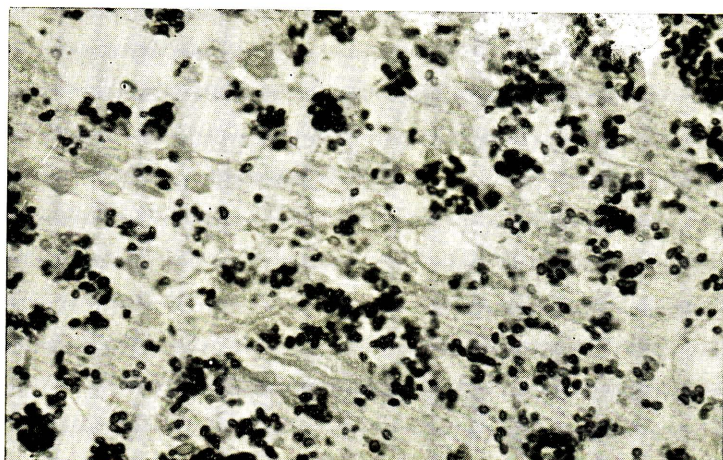
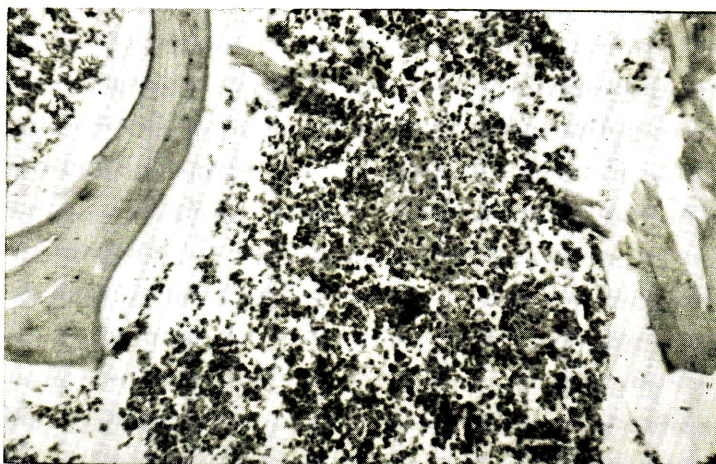
ภาพที่ 3

แสดง proliferation ของ histiocyte
ซึ่งมี granules เล็ก ๆ อยู่ภายในและ
ภายนอกเซลล์ (10 × 40)



ภาพที่ 4
แสดง granules ที่อยู่ใน histiocyte
มี halo ล้อมรอบ (10 × 100)

ภาพที่ 5
แสดง proliferation ของ histiocytes
ในไขกระดูก (10 × 40)



ภาพที่ 6
ย้อมพิเศษ G.M.S. แสดง organism
รูปกลมหรือรี ติดสีเข้มตรงขอบ
ส่วนตรงกลางใส (10 × 40)

ต่อมน้ำเหลืองโต ตรวจเลือดจะพบว่า anemia, thrombocytopenia จำนวนเม็ดเลือดขาวอาจจะพบว่าสูงหรือต่ำก็ได้ ถ้าต่ำจะเป็น aleukemic leukemia และ differential count จะต้องพบ blast cell แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบ blast cells ตัด acute leukemia ออกไปได้

2. S.L.E. เป็นโรค autoimmune disease พบในหญิงมากกว่าชาย มีอาการไข้ ปวดข้อ และผื่นที่หน้าแบบ butterfly erythema คือเป็นผื่นแดงตรงบริเวณสันจมูก แก้ม และอาจมีผื่นบริเวณที่ถูแสงแดดด้วย นอกจากนั้นอาจมีผื่นแบบ vasculitis เป็นรอยแดงที่นิ้วมือ นิ้วเท้าได้ และบางรายอาจจะพบว่า มีแผลที่ mucous membrane และผิวหนังพบมีกลุ่มอาการของ nephrotic syndrome เนื่องจากการอักเสบของไต บัสสาวะจะมีไข่ขาว พบตับและม้ามโต และต่อมน้ำเหลืองโตได้ แต่ไม่มากนัก ตรวจเลือดพบว่า anemia ได้จาก chronic disease หรืออาจจะ autoimmune hemolytic anemia เม็ดเลือดขาวต่ำเกิดได้จาก autoantibody ต่อเม็ดเลือดขาวและบางรายมี platelets ต่ำจาก autoantibody ต่อ platelets ผู้ป่วยรายนี้เป็นชาย และมีอะไรหลายอย่างที่ไม่เหมือนโรคนี้ ไม่น่าคิดว่าเป็นโรคนี้

3. Histiocytosis x แบ่งออกเป็น

- Letterer Siwe disease
- Hand Schuller Christian disease

ทั้ง 2 โรคนี้มีพยาธิสภาพคล้ายกันคือ inflammatory histiocytosis โดยมี reticuloendothelial

proliferation และมี granulomatous changes เป็นพวก eosinophils และ giant cells ต่อมา มีการสะสม cholesterol ester ใน histiocytes กลายเป็น foam cells และ xanthoma ในที่สุดเกิด fibrosis

Letterer Siwe disease โรคนี้เป็นชนิด acute มักพบในทารกและเด็กเล็กต่ำกว่า 3 ขวบ มีอาการไข้ อ่อนเพลีย ตับและม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองทั่วไปโต กระดูกพบ osteolytic lesion, ผิวหนังพบ yellowish brown maculopapular rash ที่ตัวและหนังศีรษะ และอาจพบมีแผลที่ผิวหนัง และ mucous membrane ได้ตรวจเลือดพบว่า anemia, thrombocytopenia และเม็ดเลือดขาวต่ำได้

Hand Schuller Christian disease เป็นชนิด chronic พบได้ทุกอายุตั้งแต่ 1 เดือนจนถึงอายุ 57 ปี อาการทั่วไปพบลักษณะที่สำคัญ 3 ประการคือ exophthalmos, diabetes insipidus และ osteolytic bone lesion นอกนั้นมีไข้ ตับและม้ามโต ต่อมน้ำเหลืองโต ส่วนผิวหนังและ mucous membrane คล้าย Letterer Siwe ตรวจเลือดพบ pancytopenia ได้

แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่คิดว่าจะเป็น Histiocytosis เพราะ Letterer Siwe พบในอายุน้อยตั้งแต่ 3 ขวบลงมาและ Hand Schuller Christian disease มีอาการ classical triad ดังกล่าวมาแล้ว

4. Leukemic reticuloendotheliosis พบในผู้ใหญ่ทุกวัยแต่พบมากในคนสูงอายุ และชาย

มากกว่าหญิง จะมีอาการไข้ ตับและม้ามโต ต่อม น้ำเหลืองโต ซีด platelets ต่ำและเม็ดเลือดขาว อาจพบว่าต่ำ ปกติหรือสูงได้ ที่สำคัญใน blood smear จะพบ abnormal mononuclear cell ซึ่งมีลักษณะไปทาง blast cell แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบ abnormal mononuclear cell ก็ไม่น่าจะเป็นโรคนี

5. Histiocytic medullary reticulosis พบในชายมากกว่าหญิง อายุ 20-70 ปี เป็นโรคที่มีไข้ อ่อนเพลีย ตับและม้ามโต ต่อม น้ำเหลืองโต ตรวจเลือดพบ pancytopenia พบจำนวน histiocytes มากในไขกระดูก ม้ามและต่อมน้ำเหลือง และมี erythrophagocytosis, leukophagocytosis และ platelets phagocytosis ทำให้เกิด pancytopenia ได้ โรคนี้ผู้ป่วยจะอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยรายนี้ถ้ายังไม่ได้ตรวจพยาธิวิทยาของไขกระดูก ต่อม น้ำเหลืองและม้ามแล้วยังแยกโรคนี้ออกไปไม่ได้

6. Malignant lymphoma อาการที่พบบ่อยมีต่อมน้ำเหลืองโตเกือบ 100% โตอยู่หมู่เดียวหรือหลายหมู่ อาการที่พบรองลงมา มีไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เหงื่อออกและคันตามตัว อาจจะมีหรือไม่มีก็ได้ และมีตับและม้ามโต ได้ตรวจเลือดระยะแรกอาจจะยังไม่พบ anemia ต่อมาระยะหลังพบได้จำนวนเม็ดเลือดขาว อาจจะมีปกติหรือต่ำ platelets จะปกติอาจจะต่ำได้ ในรายที่มี autoantibody เกิดขึ้นมาทำลาย และในรายที่มี bone marrow involvement ทำให้มี

pancytopenia ได้ หรือรายที่มีม้ามโตมาก ๆ จะทำให้มี secondary hypersplenism เกิด pancytopenia ได้ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ malignant lymphoma ยังน่าคิดถึงอยู่มาก

7. Histoplasmosis เป็น systemic fungal disease เกิดจากเชื้อ histoplasma capsulatum เริ่มจากได้รับเชื้อทางระบบหายใจแล้วแพร่เข้าสู่ทางเดินน้ำเหลืองของปอดและทางกระแสโลหิตไปสู่ต่อมน้ำเหลืองที่ม้าม ตับ ต่อมหมวกไต ระบบทางเดินอาหาร ไต ผิวหนัง ระบบประสาท ส่วนกลาง หัวใจ อาการทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 พวก

ก. Primary acute form จะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจคือ ไอ เจ็บหน้าอก เสียงแหบ ไอเป็นเลือด เป็นต้น และมีอาการทั่วไปคือ ไข้ หนาวสั่น ปวดเมื่อย น้ำหนักลด ภาพถ่ายรังสีปอดจะพบ diffuse military type of lesion หรือ localized infiltration ใน lower lobe

ข. Severe disseminated form จะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจไม่เด่นชัด อาการมีไข้ ตับและม้ามโต ต่อม น้ำเหลืองโตทั่วไป น้ำหนักลด ซีด เม็ดเลือดขาวต่ำ thrombocytopenia และอาจจะเกิด endocarditis, pericarditis, meningitis, adrenal insufficiency และแผลในปาก ลิ้น คอ กล้องเสียง กระเพาะอาหารลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก โดยเฉพาะ African histoplasmosis พบความผิดปกติที่เด่นอยู่ที่ผิวหนัง ซึ่งอาจจะพบเป็นแบบ ulceration

ผู้ป่วยรายนี้ histoplasmosis นานี่กึ่งมาก
เนื่องจากมี problem ทั้งหมดเข้าได้และเป็นแบบ
severe disseminated form

สรุปจากโรคที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด โรคที่น่า
จะเป็นไปได้มี

1. Histiocytic medullary reticulosis
2. Malignant lymphoma
3. Histoplasmosis

จากเหตุผลเรื่องความผิดปกติที่ผิวหนังในโรค
histiocytic medullary reticulosis และ malign-
ant lymphoma เท่าที่พบได้มักเป็นก้อนหรือ
เป็นตุ่ม ไม่เป็นแบบเป็นแผล ถ้าเป็นแผลจะเป็น
เนื่องจากการติดเชื้อแทรกซ้อน เนื่องจากมีจำนวน
เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้มีการติดเชื้อของผิวหนัง
และ mucous membrane เกิดเป็นแผลขึ้นได้
หรือเปลา แต่ถ้าเป็น histoplasmosis แล้วพบ
มีแผลที่เพดานปาก ลิ้น และผิวหนังร่วมได้ตั้ง
กล่าวมาแล้ว ประกอบกับผู้ป่วยมีอาการเจ็บข้างทำ
ไร่ มีโอกาสที่จะได้รับ spores ของ histoplas-
mosis มากกว่าอย่างอื่น

สาเหตุของการตาย ก่อนตายผู้ป่วยมีอาการ
ผิวหนังเย็น และความดันโลหิตต่ำ ถ้านึกถึง
histoplasmosis เข้าใจว่าคงจะมี acute adrenal
insufficiency หรือผู้ป่วยอาจจะมี septicemia เกิด
septic shock ก็ได้

น.พ. พิชิต: ลักษณะ skin lesions ของ
histoplasmosis มี 3 ชนิดด้วยกันคือ

1. papule หรือ nodule

2. ulceration
3. verrucous plaque

verrucous lesion จะพบเฉพาะใน primary
cutaneous ซึ่งพบน้อยมาก disseminated
ที่ผิว ส่วนใหญ่จะเห็นเป็น widely distributed
papules หรือ nodules ซึ่ง indurate สีเดียวกับ
ผิวและไม่มีอาการ ส่วนแผลที่ผิวหนังนั้น พบได้
แต่น้อย แผลส่วนใหญ่เกิดที่บริเวณ mucous
membrane

น.พ. สนั่น: การตรวจศพของผู้ป่วยรายนี้
ตรวจพบเป็นศพชายไทยวัยกลางคน ผิวดำคล้ำ
ชุ่มฉอม ผิวหนังแห้ง พบแผลที่บริเวณนิ้วหัวแม่
มือซ้าย ขนาด 1 ซม. และมีแผลที่หลังเท้าขวา
3 แผล ขนาดแผลละ 1 ซม. เช่นกัน ในช่อง
ทรวงอก พบมีน้ำสีแดงเลือด ข้างละประมาณ
500 มล. ปอด 2 ข้าง หนักรวมกัน 1500 กรัม
พบมีถุงลมโป่งที่บริเวณกลีบปอดบน 2 ข้าง ผิว
ปอดทั้งสองข้างมีจุดเลือดออกใหญ่และเล็กกระจาย
ทั่วไป การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์พบมี con-
gestion และ edema และ diffuse hemorrhage
ในเนื้อปอด อวัยวะที่พบมีการเปลี่ยนแปลงมาก
คือ ไต และต่อมหมวกไต พบว่าต่อมหมวกไต
ทั้งสองข้างมีขนาดใหญ่กว่าเดิมมากเกือบเท่ากับไต
และอยู่ติดกันแน่นกับไต (ภาพที่ 1) ไตและต่อม
หมวกไตรวมกัน พบว่าข้างขวาหนัก 300 กรัม
ข้างซ้ายหนัก 280 กรัม ผิวตัดของต่อมหมวกไตและ
ไต (ภาพที่ 2) พบว่าต่อมหมวกไตมี necrotic
tissue มากมาย จนไม่สามารถหาเนื้อปกติได้ นี้

เป็นสาเหตุตายในผู้ป่วยรายนี้ ตายจากต่อมหมวกไตวาย ส่วนผิวหนังของโตก็มี nodules ขาวๆ เล็กๆ อยู่กระจายทั่วไปตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบมี massive necrosis ของ adrenal tissue และมีจำนวน histiocytes หรือ macrophages เพิ่มมากขึ้น ขนาดของ histiocytes ใหญ่ขึ้นและมี granules เล็กๆ ติดสี basophilic กระจายอยู่รอบๆ granules เป็นวง (halo) (ภาพที่ 3,4) ตรวจพยาธิสภาพของโตก็พบลักษณะเช่นเดียวกัน คือมี necrotic tissue และ proliferation ของ histiocytes ซึ่งภายในมี basophilic granules อยู่

ม้ามหนัก 1000 กรัม ผิวตัดม้ามมีสีแดงเข้ม และมี nodules เล็กๆ ขนาด 0.5-1.0 ซม. สีขาวเทาอยู่ 3 แห่ง ลักษณะทาง microscopic พบมี area necrosis และ histiocytic proliferation ซึ่งภายใน histiocyte พบ basophilic granules กระจายอยู่

ตรวจไขกระดูกก็พบมีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเช่นกัน (ภาพที่ 5) basophilic granules ที่พบนอกจากจะอยู่ใน histiocytes แล้วยังพบกระจายอยู่นอกเซลล์ด้วย

อวัยวะอื่นที่พบมีลักษณะดังกล่าวนี้มีที่ผิวหนัง ต่อมน้ำเหลืองและลิ้น ก็ตรวจพบมี proliferation ของ histiocytes ซึ่งมี basophilic granules อยู่

ตับหนัก 2020 กรัม พบมีบริเวณสีแดงๆ ขนาด 1 ซม. ตรวจพบเป็น hemangioma ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย

การตรวจอวัยวะต่างๆ ดังกล่าวแล้วนั้นเมื่อ ย้อมพิเศษด้วย Periodic Acid Schiff (P.A.S.) จะพบว่า granules ติดสีแดงเด่นชัดขึ้นและถ้าย้อม ด้วย Glomori Methylene Silver (G.M.S.) จะพบลักษณะเซลล์รูปกลม หรือรูปรี ติดสีน้ำตาล คำที่ขอบตรงกลางใส (ภาพที่ 6) จากลักษณะ ตรวจพบด้วยกล้องจุลทรรศน์และการย้อมพิเศษ เราสามารถแยก organism เหล่านี้ได้ว่าเป็น histoplasma capsulatum และยืนยันได้ โดยการเพาะเชื้อจากเสมหะได้เชื้อ histoplasma capsulatum ซึ่งเป็น dimorphic fungus มี yeast form และ filamentous form ส่วนที่พบในและนอก histiocyte นี้เป็น yeast form มีขนาด 1-5 ไมครอน

fungus ชนิดนี้มีแหล่งที่อยู่ในดิน มูลสัตว์ เช่น มูลนก มูลไก่ มูลค้างคาว การติดเชื้อเกิดขึ้นโดยการหายใจเข้าไป แต่อาจเกิดโดยการกินเข้าไปก็ได้ โรคที่เกิดจากเชื้อราตัวนี้ เรียกว่า Histoplasmosis หรือ Darling disease ซึ่งมีรายงานเป็นรายแรกในโลกโดย Samuel Taylor Darling ที่ปานามาในปี ค.ศ. 1906 ส่วนประเทศไทยมีรายงานครั้งแรก โดย พ.อ. น.พ. จำรัส เทพหัสดินและคณะ เมื่อปี 1961 พบ Histoplasmosis ของต่อมน้ำเหลืองที่คอ ในชายหนุ่มวัย 16 ปี ชาวกรุงเทพฯ ปี 1963 มีรายงานเพิ่มอีก 2 ราย ปี 1964 พบอีก 3 ราย และมีรายงานพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบันพบประมาณ 22 ราย แต่ยังไม่เคยมีรายงานเกี่ยวกับ

case ของผู้ป่วยที่มี disseminated histoplasmosis เหมือนผู้ป่วยรายนี้เลย ฉะนั้นจึงนับได้ว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นรายแรกของประเทศไทยซึ่งพบในชายไทย อายุ 46 ปี ชาวอำเภอศรีราชา ชลบุรี

สรุปผลการตรวจศพผู้ป่วยเป็น disseminated histoplasmosis ซึ่งเป็นที่ผิวหนัง ลิ้น ต่อม้ำเหลือง ต่อมทหวกไต ไต ม้าม ไชกระดูก สาเหตุตายจากต่อมทหวกไตวาย

เอกสารอ้างอิง

1. จำรัส เทพหัสดิน ณ อยุธยา พนิดา เกษะนันท์ มาลี นิสสัยสรการ ฮีสโตพลาสโมซิส รายงานรายแรกของประเทศไทย วิทยาสารเสนารักษ์ 14 (6): 392-407, 2504
2. นิวัฒน์ จันทรวงศ์ ประสาน ต่างใจ ณัฐ ภมร ประวัต ฮีสโตพลาสโมซิสรายใหม่ 3 ราย จดหมายเหตุทางแพทย์ 47 (4): 188-99, 2507
3. นิวัฒน์ จันทรวงศ์ Histoplasmosis of lung. จดหมายเหตุทางแพทย์ 60 (8): 379-84, 2520
4. บัญญัติ ปริญญาพันธ์ สมชัย ขวรกิตติ การศึกษาระบาดวิทยาของฮีสโตพลาสโมซิสในประเทศไทย 15 การสำรวจที่จังหวัดเพชรบุรี จดหมายเหตุทางแพทย์ 51 (5): 298-305, 2511
5. Baker RD "Fungal, actinomycetic and algal infections" Pathology Edited by Anderson, WAD 7th edition Saint Louis: CV Mosby Company, 1977. pp 502-04
6. Bhamarapavati N, Balankura P, Sekhonrit C: Histoplasmosis in Thailand: report of two cases diagnosed by biopsy and culture. Am J Trop Med Hyg 12: 393-97, 63
7. Braude AI: Histoplasmosis "Harrison's Principles of Internal Medicine. Edited by Wintrobe MM, Thorm GW, Adams RD, and Others 6th edition International student edition New York: McGraw-Hill Bosk Company, 1971. pp 913-15
8. Tumulty PA Mann JJ "The problem of fever of obscure origin" The Principles and Practice of Medicine Edited by Harvey, AM, John RJ, Owen AH, and Others 18th edition New York: Appleton Century-Crofts. 1972 pp 1069-79
9. Utz JP "The mycoses, the systemic mycoses" Textbook fo medicine Edited by Beeson PB, McDermott W 12th edition Philadelphia: WB Saunders Company, 1967. pp 302-04
10. Wintrobe MM Clinical Hematology Asian Edition Philadelphia: Lea & Ferbigar, 1974. Part 5, chap 45, pp 1405-31, "Disorders primarily involving the spleen"