

2

“เหนื่อยหอบแต่ไม่ไอ”

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 45 ปี เป็นแม่บ้าน อยู่จังหวัดนครสวรรค์

อาการสำคัญ

เหนื่อยมา 5 เดือน

แรกเริ่มสังเกตว่าเหนื่อยและทำงานหนักอย่างที่เคยไม่ได้ เดินขึ้นบันไดเพียง 2-3 ชั้นก็ต้องหยุด อาการค่อยๆ เป็นมากขึ้น เดินขึ้นบันได 2 ชั้นต้องหยุดพัก ต่อมาเดินราบได้เพียง 10 ก้าวก็เหนื่อย

ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ว่าปอดอักเสบ ได้ยา รับประทานและแพทย์นัดไปตรวจทุก 7 วัน ไปอยู่ 2-3 ครั้งอาการไม่ดีขึ้น จึงมารักษาที่โรงพยาบาลรามมาช ตาม คำแนะนำของคนรู้จักกัน

ผู้ป่วยไม่ไอ มีไข้ต่ำๆ และมีเหงื่อออกมากตอนกลางคืน

ผอมลง น้ำหนักตัวลดไป 5 กิโล

ผู้ป่วยไม่มีประวัติเคยแพ้ยา ก่อนเริ่มไม่สบายครั้งนี้ แข็งแรงดี

อภิปราย

จากประวัติ อาการสำคัญที่สมควรนำมาวิเคราะห์ มี

1) เหนื่อย

และ 2) เหงื่อออกมากตอนกลางคืน

สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์ที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติทาง

อายุรศาสตร์ทุกสาขาเป็นประจำเช่นผม ขอแนะนำให้คิดกว้างไว้ ถ้าเราสามารถบอกได้จาก ประวัติว่าต้นตอของโรคอยู่ที่อวัยวะไหน การวินิจฉัยโรคจะง่ายขึ้น เช่น ในเรื่องอาการเหนื่อยของผู้ป่วยรายนี้ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มาหาแพทย์ด้วยอาการเหนื่อย อาจเป็นจาก

1) โรคหัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardium)

2) โรคระบบทางเดินหายใจ

3) โรคเลือดที่ทำให้เลือดจางมีฮีโมโกลบินน้อยนำออกซิเจนไปส่วนต่างๆของ

ร่างกาย ไม่พอเพียง หรือฮีโมโกลบินไปผูกกับสารอื่นเลยนำออกซิเจนไม่ได้ เช่น

methaemoglobin

4) ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานเกิน

5) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง จากประสาทหรือกล้ามเนื้อเองผิดปกติ

และ 6) โรคทางจิต

สาเหตุที่ 6 คงไม่ต้องนึกถึงในผู้ป่วยรายนี้เพราะมีไข้และน้ำหนักตัวลด ที่เหลือ คง นึกถึงโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด มากกว่าโรคหัวใจเพราะไม่มีประวัติแน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ขาไม่บวม ท้องไม่บวม ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยไม่น่าจะเหนื่อยจากเลือดจาง เพราะไม่มีประวัติเลือดออก อุจจาระไม่ดำและไม่ซีด ส่วนถ้าเหนื่อยจากโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยมักจะมีประวัติกล้ามเนื้อ ส่วนอื่นของร่างกายอ่อนแรงด้วย

เมื่อเราวิเคราะห์แล้วว่าผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นโรกระบบทางเดินหายใจมากที่สุด เรายังควรคิดต่อไปอีกว่าโรคอยู่ที่ส่วนไหน พยายามนึกถึงพยาธิสรีระวิทยา พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอาการและถ้ามีประสบการณ์บ้างหรือทราบโรคต่างๆ ก็ควรลองแยกแยะดูว่าโรคไหนเป็นโรคที่น่านึกถึงที่สุดใน ผู้ป่วยรายนี้

อาการเหนื่อยที่ค่อยๆ เป็นมากขึ้นในผู้ป่วยรายนี้โดยที่ไม่มีอาการหอบ ไม่มีไอ ไม่มีประวัติ สูบบุหรี่ ทำให้นึกถึงโรคปอดที่ไม่เริ่มเป็นหรือเป็นที่หลอดลม เช่น bronchial asthma, chronic bronchitis และ chronic obstructive pulmonary disease หรือ COPD พยาธิสรีระวิทยาที่ทำให้เหนื่อยจากปอดผิดปกติรายนี้น่าจะอยู่ในประเภทที่มีเลือดขาดออกซิเจน เพราะ alveoli ทำหน้าที่ไม่ปกติ หรือมี restriction ของการถ่ายเทก๊าซออกซิเจนเข้าเลือดไม่พอ เลือดขาดออกซิเจน (hypoxaemia) ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์ไม่ค้างอยู่ในเลือดเพราะยังพอ diffuse ออกได้ การวิเคราะห์จากประวัติเหนื่อย อาจจะได้แค่นี้ รอดูผลการตรวจร่างกายแล้วนำมาช่วยวิเคราะห์ต่อไป

สำหรับอาการเหงื่อออกมากตอนกลางคืนหรือ night sweat ในรายนี้คงมีความสำคัญ อาการนี้โดยทั่วไป แพทย์ยุคเก่าศึกษากันมากและให้ความสำคัญพอสมควร ถ้าผู้ป่วยมาบ่นว่าเหงื่อออกมากตอนกลางคืน มีไข้ต่ำๆ และผอมลง ก็จะมีแนวโน้มโรคปอด แต่ผู้ป่วยมักจะมีอาการไอร่วมด้วย

อาการเหงื่อออกมากตอนกลางคืนอาจพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งบางชนิดโดยเฉพาะ lymphoma โรค connective tissue เช่น Wegener's granulomatosis เป็นต้น เรื่องมีไข้ต่ำๆ ร่วมด้วยนั้นคงจำเป็นต้องดูให้แน่ ถ้าเป็นไปได้ควรจะวัดปรอทตอนกลางคืนที่มีเหงื่อออกมาก เพราะโดยทั่วไปเมื่อไม่สบายคนไทยจำนวนไม่น้อยจะบอกว่าเป็นไข้ทั้งๆ ที่วัดปรอทไม่มีใช้ ดังจะเห็นได้จากที่ไทยเราเรียกผู้ป่วยว่า คนไข้ ! เหงื่อออกตอนกลางคืนในบางกรณีอาจเป็นจากรักษาโรคซึมเศร้าชื่อ sertraline ซึ่งเป็น selective serotonin reuptake inhibitor ยาประเภทนี้ตัวอื่น เช่น fluvoxamine ก็ทำให้ผู้ป่วยที่ รับประทานยานี้มีเหงื่อออกได้แต่ไม่มีรายงานเหงื่อออกตอนกลางคืนมากเช่นผู้ป่วยที่ทานยา sertraline ในรายงานที่กล่าวถึง (ดูเอกสารหมายเลข 8) นอกจากนี้ผมยังได้สังเกตพบอาการเหงื่อตอนกลางคืนทั้งๆ ที่นอนในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศให้เย็นในคนปกติที่ไม่ได้เป็นโรคอะไรแต่รับประทานเครื่องเทศ โดยเฉพาะพริกไทยดำมากในอาหารเย็นก่อนนอนคืนนั้น บางครั้งทำให้ผู้ที่มีอาการนี้และแพทย์ที่รับปรึกษากังวลใจได้ถ้าไม่ทราบเรื่องนี้ แต่โดยทั่วไปเหงื่อออกไม่มากจนเสื้อผ้าที่ใส่อยู่เปียกโชก ชนิดที่ในภาษาอังกฤษเรียก drenching night sweat ผมเพิ่งอ่านบทความเกี่ยวกับพริกไทยดำ (เอกสารหมายเลข 9) น่าสนใจมากแต่ไม่ได้กล่าวถึง ฤทธิ์ที่ทำให้เหงื่อออกมากไว้

ผลการตรวจร่างกาย

T 36.8°C PR 90 regular RR 32 B.P.
145/80

Breathless, not pale, no clubbing of fingers
no oedema JVP not engorged
Heart : apexbeat 5th ICS, MCL no heave, no thrill
sounds normal, no murmur
Chest : normal chest expansion
trachea in midline
bronchial breath sounds over L middle lung field
decreased breath sounds over R lung

crepitations over both lungs
Abdomen : Liver and Spleen not palpable

อภิปราย

ผู้ป่วยเป็นโรคปอดเนื้องอกที่คาดไว้ การแปรผลการตรวจถูกจำกัดไปบ้างจาก ข้อมูลที่ไม่ละเอียดพอ ควรจะบันทึกไว้ว่าเสียงเปรี๊ยะ (crepitations หรือ crackles) เป็นเสียง หยาบละเอียดหรือปานกลาง (coarse, fine or medium) เพราะช่วยบอกตำแหน่งที่เกิดเสียง ได้ เสียงเปรี๊ยะหยาบเกิดจาก

ลมไหลผ่านหลอดลมที่มีของเหลว เช่น น้ำคั่งหลัง เสมหะ ในขณะที่เสียงเปรี๊ยะละเอียดเกิดที่ alveoli ตรวจไม่พบ rhonchi หรือ wheezes หมายถึงหลอดลมไม่ตีบ หน้าอกขยายตัวเป็น ปกติทั้ง 2 ข้างเท่ากันขณะหายใจเข้าออกและ trachea อยู่ตรงกลาง มีเสียงเปรี๊ยะทั่วไปทั้ง 2 ข้างหมายถึง พยาธิสภาพกระจายทั่วไป เสียงคงจะเป็นเสียงละเอียดหรือปานกลางมากกว่า หยาบเพราะผู้ป่วยไม่ไอ ไม่มีเสมหะ พยาธิสภาพน่าจะอยู่ที่ alveoli หรือ bronchioles หน้าอกซีกซ้ายส่วนกลางถ้าฟังได้ bronchial breath sounds ถูกต้องก็คงจะหมายถึงการมี Consolidation ที่ปอดส่วนนั้นโดย bronchi เปิดปกติ ส่วนปอดซีกขวาเสียงหายใจเข้าออกน้อยกว่าธรรมดา การถ่ายเทลมเข้าออกคงไม่ดีสู้อปอดซีกซ้ายไม่ได้ แต่เนื่องจากtrachea ยังอยู่ใน ตำแหน่งปกติ ไม่ได้เบี่ยงไปทางไหนจึงไม่น่าจะมีปอดแฟบ (atelectasis หรือ collapse) สรุป รวมแล้วผู้ป่วยน่าจะมีความผิดปกติที่เนื้อปอดทั่วไปเป็น diffuse pulmonary alveolar disease คงเป็นซีกขวามากกว่าซีกซ้าย และมี consolidation ที่ middle lung field ซีกซ้าย

ประเด็นปัญหาที่เป็นโรคอะไร ?

ถึงแม้จะมีประวัติไข้ต่ำๆ เหงื่อออกมากตอนกลางคืนแต่สัญญาณโรคที่ตรวจพบ และ ผู้ป่วยไม่ไอ ไม่มีไข้เมื่อวัดปรอทดูจึงไม่ค่อยเหมือนที่พบในผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอดที่ แพร่กระจาย

โรคปอดเหตุอหิวาซีที่มีมากมายในประเทศไทยและมีบันทึกหรือรายงานไว้อย่าง ดีมากทั้งเป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ แต่ก็ไม่น่าหนักถึงเพราะผู้ป่วยไม่มีประวัติประกอบ อหิวาซีหรือดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อโรคปอดเหล่านั้น ถ้าเป็นจาก malignancy ที่แพร่กระจายที่ ปอดก็ยังคงอาจเป็นได้แต่ตรวจไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่ไหเนโตและคล้ำท้องก็ปกติ

โรค connective tissue ที่ทำให้ปอดผิดปกติต่างๆ ก็ไม่ค่อยน่าหนักถึงเพราะ ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่มีสัญญาณโรคในอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย ก็คงเหลือโรค pulmonary alveolar proteinosis ที่เป็นไปได้ถึงแม้จะพบได้น้อยมากในปัจจุบัน โดยทั่วไปแล้วแพทย์มักจะขอดูเอกซเรย์ปอดก่อนวิเคราะห์และ อภิปรายโรคผู้ป่วย เพราะทำได้ดีกว่าและเอกซเรย์ก็หาทำได้ง่าย แต่จริงๆ แล้วทั้งนักศึกษาแพทย์และแพทย์ทุกคนควรจะต้องฝึกวิเคราะห์จากอาการและ สัญญาณโรคที่ตรวจได้ดังที่ผมได้กล่าวไว้ เพราะเวชปฏิบัติโดยการซักประวัติ การตรวจด้วยการดู คลำ เคาะและฟังยังคงเป็นศิลปะที่เป็นอมตะ! ในเรื่องนี้ผมอยากจะขอแนะนำให้ หาหนังสือการตรวจร่างกายทางระบบหายใจที่เก่าแต่ดีมากมาอ่าน เขียนโดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชัย บวรกิตติ ราชบัณฑิตและอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินหายใจ จากศิริราช (เอกสารหมายเลข 5)

ผมขอผลเอกซเรย์ปอด ผลตรวจเลือด รวมทั้งผล Arterial Blood Gas (ABG) ด้วยเพราะมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา

ผลการตรวจพิเศษ

PA Chest xray : bilateral diffuse

fine reticulo-nodular and alveolar infiltration

Hb 13.7 Hct 45.2 MCV 73.1 MCH 22.1 MCHC

30.3

RBC 6.19×10^6

WBC 12800 N 86 L 8 M 4 E 1 B 1

Platelets 793,000

Anti-HIV - ve Stool : occult blood + ve

BS 96 BUN 13 Cr. 1.4 Uric Acid 5.3

Chol 382 AP 255 SGOT 72 PT 57 GGT

108

TP 82.8 alb/glob 36.2/18.4

129	6.11
99	13.4

ABG : pH 7.385 pCO₂ 23.5 pO₂ 34.2 HCO₃ 13.7

O₂ Saturation 58

หลังให้ O₂ 10 ลิตร/นาที

pH เปลี่ยนเป็น 7.407 pCO₂ 27.8 pO₂ 80 HCO₃ 17.1

O₂ Saturation 94.8

อภิปราย

ผลการตรวจพิเศษที่สำคัญจริงๆ มีอยู่ 2 ประการ

1) ผลการตรวจ arterial blood gas และ pH ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้บ่งชี้ว่ามี hypoxaemia

แต่ pCO₂ ไม่สูงแสดงว่า CO₂ ถูกขับออกจากเลือดได้ หลังให้ออกซิเจนปริมาณ 10 ลิตรต่อ นาที O₂ Saturation ขึ้นไปจาก 58 เป็น 94.8 และ pH ที่น้อยกว่า 7.4 ก็เพิ่มเป็นค่าปกติ ผลที่ได้เข้ากับ alveolar-capillary block จาก restrictive ventilation จึงแน่ใจเพิ่มขึ้นว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นจาก obstructive airway disease

2) ภาพเอกซเรย์ที่ผิดปกติที่มี diffuse fine reticulo-nodular and alveolar infiltration โดยไม่มีเงาจากต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณซั้วปอดโตผิดปกติ ก็ทำให้ไม่นึกถึง sarcoidosis นอกจากนี้ภาพเอกซเรย์ที่ผิดปกติรวมทั้งประวัติและผลการตรวจฟังหน้าอกที่กล่าวมาก็ควรจะตัดโรคปอดเหตุอาชีพ (occupational lung disease) และ allergic lung diseases ออกไปได้ ก็ควรจะเหลือโรค Pulmonary alveolar proteinosis (PAP) ที่กล่าวมาแล้วที่มีความเป็นไปได้รวมทั้งมะเร็งที่แพร่กระจายทางหลอดน้ำเหลือง

ผมคงจะขอตรวจดูความผิดปกติโดย ultrafast scan รามาธิบดีโชคดีที่มี เครื่องตรวจนี้ ที่ศูนย์การแพทย์ศิริกิติ์

แพทย์ประจำบ้าน : ผู้ป่วยได้รับการตรวจปอดด้วย high resolution CT (HRCT) พบมี diffuse peribronchio-vascular interstitial thickening with ground glass opacity of both lung fields

ระยะแรกได้ลองให้ Dexamethasone IV 5 mg ทุก 6 ชั่วโมงที่รักษา hypersensitivity

Pneumonitis แต่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นจนอาจารย์นายแพทย์สิทธิเทพ สิทธิจารุ มาตรวจคิดถึงโรค PAP มากที่สุด จึงได้ทำ bronchoscope under endotracheal tube ได้ทำ broncho alveolar lavage ได้fluid สีขาวขุ่นคล้ายนมเป็นจำนวนมาก

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการทำ whole lung lavage ครั้งละซีก 4 ครั้ง (ซีกละ 2 ครั้ง) ในช่วง 6 สัปดาห์อาการดีขึ้นมากจนกลับบ้านได้แต่ไม่ถึง 10 วันก็ต้องกลับเข้าอยู่ในโรงพยาบาลอีกด้วยอาการไข้สูง หอบเหนื่อย บังเอิญผลการตรวจเพาะเชื้อจาก bronchial lavage พบ acid fast bacilli เป็น mycobacterium scrofulaceum จึงได้รับการรักษาด้วย Streptomycin, Ofloxacin, INH, Rifampicin, PZA และ Ethambutol ผู้ป่วยสบายดีขึ้นเรื่อยๆ เดินไปไหนมาไหนในบ้านได้ ยังคงมารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ครั้งสุดท้ายที่มาตรวจเป็นระยะเวลาเกือบ 8 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น ได้รับการแนะนำรักษาเพื่อฟื้นสมรรถนะปอดและยังได้ยา Klacid 500 mg Streptomycin 750 mg และ Ofloxacin 600 mg ต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ Pulmonary Alveolar Proteinosis (PAP) โดยสังเขป

เป็นโรคที่พบน้อยมากในชีวิตการเป็นแพทย์ของผม รายนี้ดูเหมือนจะเป็นรายที่ 2 หรือ 3 เมื่อ 4-5 ปีมาแล้ว ผมเคยวินิจฉัยในการสอนวันเสาร์เช้าแบบนี้ 1 ราย ผู้ป่วยเป็นชาย เป็นตำรวจ อายุ 41 ปี มาจากจังหวัดศรีสะเกษ มาด้วยหอบเหนื่อยและไอมา 5-6 เดือน แต่ผมก็มักจะอ่านเกี่ยวกับเรื่องนี้ผ่านๆ ไปบ้าง เช่นจาก CPC ในวารสาร New Engl J Med เมื่อไม่นานมานี้ (เอกสารหมายเลข 7) เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญโรคปอด ข้อมูลที่เสนอต่อไปนี้จึงรวบรวมจากที่แพทย์ประจำบ้านบรรยายไว้และที่ผมค้นหาจากแฟ้มส่วนตัว จึงไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ผู้สนใจเพิ่มเติมอาจหาอ่านได้จากรายชื่อเอกสารที่ให้ไว้ท้ายบทนี้

- มีรายงานเป็นครั้งแรกที่สหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1958 (เอกสารหมายเลข 1)

- อุบัติการณ์ PAP ประมาณ 2-5 ต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี
- ผู้ป่วยมักอยู่ในวัยกลางคน ระบุว่าผู้ชายเป็นมากกว่าหญิง 2 เท่า
- อาการค่อยเป็นค่อยไปเกิดจากมีสารคล้าย lipoprotein ที่ปราศจากเซลล์อุด alveoli

ไม่มีการอักเสบและไม่เกิด fibrosis สารเหล่านั้นทำให้ปอดแข็ง

- ventilation ถูก restrict มี shunting ที่ alveolar-capillary level ทำให้เกิด hypoxia และผู้ป่วยเหนื่อย หอบ

- ปอดที่ผิดปกติมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น เชื้อโรคที่พบบ่อยมักเป็นเชื้อที่เข้าเซลล์

และเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยมี T-cell function ผิดปกติเช่น เชื้อ Norcardia, aspergillus, candida, crypto, cytomegalo, histoplasma, mucormycosis, mycobacteria, pneumocystis และไวรัส

- ภาพเอกซเรย์ปอดดูคล้ายผู้ป่วยที่มี pulmonary oedema แต่ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าหัวใจล้มเหลว

- สิ่งสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัย PAP ก็คือการพบ alveolar secretions ที่มีสีคล้ายน้ำนม ย้อมติดสี PAS อย่างมากแต่ไม่พบเชื้อโรคหรือเซลล์มากผิดปกติ

- เคยมีรายงานผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นซ้ำอีกในปอดที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายมา (เอกสารหมายเลข 6)

แนะนำเอกสาร

1) Rosen SH, Castleman B, Liebow AA. Pulmonary alveolar proteinosis. N Engl J Med 1958; **258**: 1123-42.

2) Hendrick DJ. Pulmonary alveolar proteinosis. In : Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Eds. Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press. Oxford. 1996; Vol 2, 17.10.12, pp. 2833-5.

3) พีร์ คำทอง พูนเกษม เจริญพันธุ์ ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ และคณะ. บกาสโสสิส. รายงานผู้ป่วย 8 ราย จพสท 2517; **57**: 468-75.

4) ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ สมชัย บวรกิตติ. โรคชานอ้อย. สารศิริราช 2541; **50**: 813-5.

5) สมชัย บวรกิตติ. อาการวิทยา กายภาพวินิจฉัยระบบการหายใจ. อักษรสมัย กรุงเทพฯ 2514; 206 หน้า.

6) Parker LA, Novotny DB. Recurrent alveolar proteinosis following double lung transplantation. Chest 1997; **111**: 1457-8.

7) Case Records of the Massachusetts General Hospital. N Engl J Med 2001; **344**: 212-20.

9) Babbott SF, Pearson VE. Sertraline - related night sweats. Ann Intern Med 1999; **130**: 242-3.

9) สรจักร ศิริบริรักษ์. พริกไทยดำขาว. หมออนามัย 2544; **10**: 28-31.

10) Gross TJ, Hunninghake GW. Idiopathic pulmonary fibrosis. N Engl J Med 2001; **345**: 517-24.