

“ชายหนุ่มมีไข้.....เคยปวดข้อ”

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 31 ปี อาชีพรับจ้าง มาจากจังหวัดร้อยเอ็ด

อาการสำคัญ

เป็นไข้มา 15 วัน
เริ่มมีไข้หนาวสั่นวันละ 2 ครั้ง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะบริเวณขมับทั้ง 2 ข้างและแน่นหน้าอกเวลาอนอนราบ ต่อมาปวดที่กระดูกชายโครงขวา เวลาปวดจะปวดมาก หายใจลึกๆ ก็เจ็บ
เมื่อ 5 ปีก่อนเคยปวดที่ข้อมือขวา ข้อเท้าขวา แพทย์ว่าเป็นไขข้ออักเสบ
ผู้ป่วยผอมลง

อภิปราย

ถ้ายังไม่คำนึงถึงประวัติปวดข้อเมื่อ ปีก่อน ผู้ป่วยรายนี้ก็จะมีแต่อาการไข้มา 15 วันเป็นอาการที่สำคัญในคนหนุ่มเช่นรายนี้ ก็จะมีโรคอยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

- 1) โรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค Meleiodosis และโรค rickettsia เป็นต้น
- 2) มะเร็ง เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งเม็ดเลือด

และ 3) โรค connective tissue ต่างๆ เช่น SLE, Rheumatoid arthritis เป็นต้น

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการปวดกระดูกชายโครงด้วยและเวลาหายใจลึกๆ มีเจ็บ อาจจะต้องซักเพิ่มเติมว่าเจ็บแปลบๆ เป็นแบบปวดจากเยื่อหุ้มปอดอักเสบหรือไม่ นัยว่าเวลาปวดกระดูกชายโครงจะปวดมาก ก็ต้องนึกถึงว่าเยื่อหุ้มกระดูกหรือกระดูกอ่อนอักเสบ (chondritis) ไปด้วย

การตรวจร่างกายจึงมีความสำคัญมากโดยเฉพาะมองหารอยโรคที่ผิวหนัง การดูจอประสาทตา คลำหาต่อมน้ำเหลือง ตับ ม้าม ว่าโตหรือไม่ และการฟังเสียงหัวใจ เป็นต้น

ผลการตรวจร่างกาย

T 38°C PR 84 RR 18 BP 100/60

slightly pale, no jaundice

no neck stiffness

Heart sounds normal

Liver : palpable one cm. below ® costal margin, span 13 cms.

Spleen not palpable

no lymphadenopathy

อภิปราย (ต่อ)

สรุป ผู้ป่วยมีไข้ ชีตและตับโตเล็กน้อย คงจะตัดโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค ออกไปยังไม่ได้ การที่คล้ำต่อมน้ำเหลืองไม่ได้และไม่มีเลือดออกที่ผิวหนัง ม้ามไม่โตแต่ตับโตเล็กน้อย ทำให้ไม่ค่อยนึกถึง leukaemia หรือ lymphoma นึกแต่ lymphoma ก็ยังเป็นได้ถึงแม้จะคล้ำต่อมน้ำเหลืองตามตัวไม่ได้ ส่วนโรคในกลุ่ม connective tissue นานี้ถึงมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าคำนึงถึงประวัติที่มีการปวดข้อเมื่อ 5 ปีก่อนและแพทย์เคยบอกผู้ป่วยว่าไขข้ออักเสบ

ผู้ป่วยรายนี้ การตรวจ CBC และ ESR ตลอดจนการทำการทดสอบหา autoimmune antibodies ด้วย ในขณะที่เดียวกันก็ควรจะทำการศึกษาเพื่อดูให้แน่ชัดว่าไม่เป็นโรคติดเชื้อที่กล่าวมาแล้ว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hb 7.9 Hct 24 MCV 80.9 aniso+ polychromasia+ tear drop 1+ Retic 1.8%

WBC 29900 N 87 L 8 M 5

Platelets 869,000

no malaria parasite

Urine : protein 1+

ESR 144 mm. 1st hour

SGOT 39 PT 40 GGT 309 Alk Phos 525

Alb / glob 30/47

anti-HIV -ve VDRL & FTA-ABS non-reactive

Meleiodosis titre -ve, serology for scrub typhus, murine typhus -

ve

E. hist titre -ve α fetoprotein 0.908 ng/ml (normal 0-7.02)

Coomb's test -ve

ECG : normal

Chest xray : normal

Ultrasound abd : enlarged liver without space-taking lesion

Bone marrow : myeloid metaplasia

อภิปรายเพิ่มเติม

ผู้ป่วยอาจจะได้รับการตรวจพิเศษมากเกินไป ถ้าดูผลเลือดที่มี anaemia และ ESR สูงมากเกิน 100 มม. ในชั่วโมงแรก ทำให้นึกกลุ่มโรคเพียง 2-3 โรคเท่านั้นคือ กลุ่ม paraproteinaemia เช่น MM แต่ไม่ใช่ในผู้ป่วยรายนี้ที่อายุน้อยและอาการเกิดขึ้นเร็วเพียงไม่กี่วัน ส่วนกลุ่มโรค connective tissue นานี้ถึงมากเพราะข้อมูลจากผู้ป่วยรายนี้เข้าได้ทุกอย่างอายุน้อยและเคยปวดข้อ เพราะฉะนั้นการตรวจเลือดเพิ่มเติมจึงควรมุ่งไปทางโรคในกลุ่มนี้

และถ้าลองดูโรคต่างๆ ในกลุ่มนี้ที่มีไข้เป็นอาการเด่นที่สุด ปวดข้อบ้าง ตรวจพบ anaemia และ globulin ในเลือดสูง ก็มี rheumatoid arthritis และ Adult Still's disease โดยเฉพาะ Still's disease มากกว่า SLE, Polyarteritis nodosa และอื่นๆ

ผลการตรวจเพิ่มเติม

ผู้ป่วยรายนี้ ตรวจ Rheumatoid factor ให้ผลบวก 41.9 iu/M (ค่าปกติไม่เกิน 15)

อภิปราย

ผู้ป่วย Adult Still's disease ร้อยละ 90 จะตรวจไม่พบ Rheumatoid factor ในผู้ป่วยที่ให้ผลบวก ค่าก็มักไม่สูงกว่าปกติมากเช่นผู้ป่วยรายนี้ ในขณะที่ Rheumatoid arthritis ค่าจะสูงมาก เดิมโรคนี้พบในเด็กเมื่อกว่า 100 ปีมาแล้วโดยนายแพทย์ George Still ใช้เรียก rheumatoid arthritis ในวัยรุ่น ผู้ที่ดึงความสนใจและรายงานผู้ป่วยผู้ใหญ่ด้วยโรคนี้เป็นคนแรกคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ E.G.L. Bywaters อายุรแพทย์ผู้สนใจโรครุมตาคคนแรกๆ ในอังกฤษ สมัยกลางศตวรรษที่เพิ่งผ่านไป ท่านทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลชื่อ Canadian Red Cross Hospital ที่เมือง Taplow ใกล้กรุงลอนดอน (เอกสารหมายเลข 1) ในสมัยผมเป็นนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านก็ติดตามอ่านเรื่องที่ท่านเขียนเป็นประจำ ในปัจจุบันเราก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดโรคนี้ ผู้ป่วยบางรายมีการติดเชื้อไวรัสบางชนิด เช่น ไวรัสหัดเยอรมัน คางทูม Epstein-Barr และ cytomegalovirus เป็นต้น บางรายมีการติดเชื้อแบคทีเรียมาก่อนเช่น Yersinia และ Mycoplasma pneumonia เชื้อเหล่านี้ อาจเป็นตัวกระตุ้นให้คนบางคนที่มีความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันมากเป็นพิเศษเลย เกิดมีการสร้างแอนติบอดีต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะส่วนอื่นได้ แพทย์หญิงสุพัตรา และอาจารย์นายแพทย์สูงชัยจากโรงพยาบาลราชวิถีได้รวบรวมเขียนเกี่ยวกับเรื่องนี้ (เอกสารหมายเลข 2) ไว้ดีมากซึ่งคงหาอ่านได้ง่าย นอกจากนี้ผมได้ให้เอกสารอ้างอิงอีก 3-4 เรื่องเกี่ยวกับโรคนี้อีกด้วย (เอกสารหมายเลข 3 ถึง 6)

เรื่องไข้ในโรคนี้น่าสนใจมากเพราะผู้ป่วยมักมีไข้เป็นบางช่วงในวันๆ หนึ่ง เวลาไข้สูงอุณหภูมิขึ้นได้สูงมากมักเป็นวันละครึ่ง แต่เป็นวันละ 2 ครั้งก็ได้เช่นผู้ป่วยรายนี้ ผมสนใจเรื่องไข้ ในแง่มุมต่างๆ มานานเลยมีบทความเรื่องไข้และเรื่องไข้ไม่ทราบสาเหตุการเกิดไว้ จึงนำมาเสนอไว้ (เอกสารหมายเลข 7 ถึง 13) ทำยสุดเพิ่งจะมีหนังสืออ่านเล่นสำหรับอายุรแพทย์ออกใหม่เกี่ยวกับ ชีวประวัติของศาสตราจารย์นายแพทย์ Paul Beeson อายุรแพทย์ผู้สนใจเกี่ยวกับเรื่องไข้ตลอดชีวิต การทำงาน เคยเขียนเรื่องไข้ไม่ทราบสาเหตุที่เป็นบทความคลาสสิกไว้ (เอกสารหมายเลข 8) Beeson เป็นชาวอเมริกันคนแรกที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็น Nuffield Professor ที่มหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด การย้ายจากสหรัฐฯ ไปอังกฤษในช่วงนั้น (ประมาณ ค.ศ. 1970) เป็นเรื่องฮือฮากันมากเพราะเป็นการสวนกระแสสมองไหลในขณะนั้นที่มักจะมีแต่แพทย์ชาวอังกฤษย้ายไปทำงานที่สหรัฐฯ Beeson เป็นผู้ให้ข้อสังเกตมานานแล้วว่าในผู้ป่วยที่เป็นไข้ ไข้เกิดจากผลการกระตุ้นเม็ดเลือดขาวให้ปล่อยสารที่ไปมีผลทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้นที่เรียก pyrogen ซึ่งต่อมาก็มีผู้พบว่าคือ interleukin 1 หลังจากเกษียณจากมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด Beeson กลับไปอยู่ที่เมือง Seattle ในสหรัฐฯ อีก น่าสนใจที่หนังสือเกี่ยวกับชีวประวัติของ Beeson เล่มนี้เขียนโดย

ประสาทศัลยแพทย์ชื่อ Richard Rapport ในโอกาสหน้าผมเชื่อว่าคงจะมีผู้ป่วยด้วยไข้
เรื้อรังมาแล้วให้ทราบอีกและคงจะได้พูดถึงเรื่องไข้เพิ่มเติม !

แนะนำเอกสาร

- 1) Bywaters EG. Still's disease in the adult. Ann Rheum Dis 1971; **30**: 121-33.
- 2) สุพัตรา จิรกุลวัฒน์ะ สูงชัย อังธารารักษ์. Adult Still's disease. วารสารโรค
ข้อและรูมาติสซั่ม 2544; **12**: 184-98.
- 3) Larson EB. Adult Still's disease, evolution of a clinical syndrome and
diagnosis, treatment and follow-up 17 patients. Medicine 1984; **63**: 82-91.
- 4) Sampalis JS, et al. A controlled study of the long term prognosis of
adult Still's disease. Ann J Med 1995; **98**: 384-8.
- 5) Mok CC, Lau CS, Wong RW. Clinical characteristics, treatment and
outcome of adult Still's disease in southern Chinese. J Rheumatol 1998;
25: 2345-51.
- 6) Schiller D, Mittermayer H. Hyperferritinemia as a marker of Still's
disease. Clin Infect Dis 1998; **26**: 534-5.
- 7) Davies GR, Finch RG. Fever of unknown origin. Clin Med JRCPL 2001;
1: 177-9.
- 8) Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin : report on 10
cases. Medicine 1961; **40**: 1-30.
- 9) Arnow PM, Flaherty JP. Fever of unknown origin. Lancet 1997; **350**:
575-80.
- 10) Blumenthal I. Fever - concepts old and new. J R Soc Med 1997;
90: 391-4.
- 11) Saper CB, Breder CD. The neurologic basis of fever. N Engl J Med
1994; **330**: 1880-6.
- 12) Greenwood B. Fever and malaria. Lancet 1996; **348**: 280-1.

13) Drenth JPH, Van der Meer JWM. Hereditary periodic fever. N Engl J Med 2001; **345**: 1748-57.

14) Rapport R. Physician : The life of Paul Beeson. Barricade Books, Fort Lee, New Jersey 2001; 277 pp.