

2

“ไข้ เจ็บหน้าอก เหนื่อยและนอนราบไม่ได้”

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 35 ปี เป็นมัณฑนากรจาก กทม.

อาการสำคัญ

เจ็บหน้าอกซีกซ้ายมา 3 วัน

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บแปลบๆ ที่หน้าอกซีกซ้าย บางครั้งเจ็บร้าวขึ้นไปที่ต้นคอ และบางครั้งมีอาการจุกที่ลิ้นปี่ ตกกลางคืนอาการมักเป็นมากขึ้นและผู้ป่วยนอนไม่ได้ ถ้านอนราบจะหายใจลำบากและเหนื่อย ต้องนั่งหลับ มีอาการไอแห้งๆ ไม่มีเสมหะ วันรุ่งขึ้นอาการเป็นมากขึ้น มีความรู้สึกคล้ายเป็นไข้ อ่อนเพลียและเบื่ออาหาร

ผู้ป่วยต้องออกต่างจังหวัดเรื่องงาน แต่ไม่เคยเข้าป่า ปกติกินเหล้าและสูบบุหรี่บ้างมา 10 ปี แต่เพิ่งหยุดมา 1 เดือน

อภิปราย

อาการเจ็บแปลบๆ ที่หน้าอกซีกซ้ายและร้าวขึ้นไปที่ต้นคอ ทำให้นึกถึงเยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ อาการจุกที่ลิ้นปี่และเวลานอนราบหายใจลำบากอาจเป็นจากหัวใจทำงานไม่เป็นปกติ เป็นสัญญาณโรคที่บ่งว่าหัวใจเริ่มล้มเหลวจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจ หรือมี pericardial effusion ในผู้ป่วยที่มี pleural effusion มากก็มีอาการแบบนี้ได้ นอกจากนี้ถ้าตับโตและมีน้ำในช่องท้องมากผู้ป่วยก็มีอาการนอนราบแล้วหายใจลำบากเช่นกัน การตรวจร่างกายทางคลินิกโดยเฉพาะทางระบบหัวใจและทรวงอกจึงมีความสำคัญมาก

ผลการตรวจร่างกาย

T 37.9°C RR 28 PR 120 regular BP 100/70

alert, mildly pale and thin, no oedema

JVP 7 cm. above sternal angle

apex beat not palpable

distant heart sounds, no murmur, no pericardial rub

Chest: decreased tactile vocal fremitus ⊖ L side

Decreased breath sounds over ⊖ L side

Abdomen: Liver enlarged, palpable 2 FB below ⊕ costal margin, span 11 cm.

Spleen not palpable

Enlarged, rubbery, non-tender lymph node, 3 cm. in diameter in ⊖ supraclavicular fossa

อภิปรายเพิ่มเติม

การที่ตรวจพบหลอดเลือดดำที่คอโป่งหรือ jugular venous pressure สูง ผิดปกติ ชีพจรเต้นเร็ว ฟังเสียงหัวใจได้แต่ค่อยมากและดับโต ทำให้นึกถึงว่าผู้ป่วยมี pericardial effusion ภาวะหรือโรคนี้เป็นตัวอย่างที่ดีมากที่สุดที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการตรวจผู้ป่วยโดยใช้ทักษะ ตา ดู มือ คลำ นิ้วเคาะ และหู ฟัง

การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือดเริ่มที่การให้ผู้ป่วยนอนหงายหรือถ้าเตียงส่วนบนขยับขึ้นได้ก็ให้ผู้ป่วยนั่งเอนท่ามุมประมาณ 30-60 องศา นอกจากสังเกตดูผู้ป่วยหายใจแล้วก็ดูว่าขาบวมหรือไม่ แล้วเริ่มดูที่หลอดเลือดดำที่คอ ถ้าโป่งสูงกว่า sternal angle ก็ผิดปกติเช่นในผู้ป่วยรายนี้ แล้วให้ผู้ป่วยพยายามหายใจลึกๆ ในคนปกติระดับเลือดในหลอดเลือดดำที่ไม่สูงอยู่แล้วจะลดลงแต่ถ้ามี pericardial effusion ระดับจะสูงขึ้นที่เรียก Kussmaul's sign เมื่อสมัยผมเป็นนักศึกษาแพทย์อาจารย์เน้นความสำคัญของการสังเกต jugular venous pulse (JP) มาก ปัจจุบันมีเครื่องมืออย่างอื่นช่วยวินิจฉัยโรค แพทย์ในปัจจุบันจึงไม่ค่อยให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ผมยังจำได้ว่าสมัยนั้นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจนิยมบันทึกดู JP มาก จำได้ว่ามีคลื่น a x v และ y ได้ดี a และ v เป็น crests x และ y เป็น trough นอกจากนี้ยังมี c เป็น crest เล็กๆ อยู่ระหว่าง a และ x และแกมอักษร z เป็นจุดสิ้นสุดหลังจาก y ก่อนเริ่ม cycle ใหม่ ! ถ้าดูเก่งๆ และเข้าใจความสำคัญของคลื่นเหล่านั้นก็อาจช่วยการวินิจฉัยได้ เช่น คลื่น a เป็นผลจาก atrium ขวาบีบตัว (systole) ถ้ามี atrial fibrillation ก็จะไม่เห็น a wave ในทางตรงกันข้ามถ้าเห็นคลื่น a ชัดมากเป็นคลื่น "ขนาดใหญ่" (ที่เรียก giant a wave) ก็นึกถึง tricuspid หรือ pulmonary stenosis และในผู้ป่วยที่มี complete heart block เมื่อบางครั้ง right atrium บีบตัวแต่ลิ้น tricuspid ไม่เปิด เราก็จะเห็นคลื่น a ขนาดยักษ์ที่เรียก cannon wave เป็นต้น (cannon คือ ปืนใหญ่)

เสร็จจากตา ดู มือ ก็คลำ เริ่มด้วยการจับชีพจรที่ข้อมือ ในรายนี้ชีพจรเร็ว สงสัย pericardial effusion ก็ควรสังเกตความแรงด้วย ถ้าหายใจเข้าแรงๆ ในคนธรรมดาชีพจรจะ แรงขึ้นเล็กน้อยแต่ในผู้ป่วยที่มี pericardial effusion บางครั้งเราจะพบว่าชีพจรเบาลงจนเกือบคลำไม่ได้ที่เรียก paradoxical pulse ในรายนี้การคลำหา apex beat ไม่ได้ก็เป็นผลการตรวจที่สำคัญ ส่วนการเคาะ (percussion) ปกติในการตรวจหัวใจทั่วไปจะมีประโยชน์น้อยมากแต่ในกรณี pericardial effusion มีประโยชน์ โดยให้ผู้ป่วยนอนราบแล้วเคาะที่บริเวณ intercostal space ที่สองข้างซ้าย ว่ากันว่าจะได้ยินเสียงทึบ ถ้ามี effusion มากกว่า 250 มิลลิลิตร !

เสร็จจากใช้นิ้วเคาะ จึงมาถึงการใช้หู ฟัง ในผู้ป่วยรายนี้เสียงหัวใจค่อยมาก เพราะคงมี effusion เป็นจำนวนมากกั้นเสียงไว้และฟังไม่ได้ยินเสียง pericardial rub ก็เพราะมี effusion มากเช่นกัน

ดังนั้น คลำ เคาะ และ ฟัง ใช้ได้อย่างสมบูรณ์ในกรณีที่สงสัย pericardial effusion พูดถึงเรื่องนี้แล้วผมขอแนะนำหนังสือที่ขณะนี้ผมถือว่าเป็นหนังสือคลาสสิกได้ ทั้งเล่มเขียนโดยนายแพทย์ Paul Wood อายุรแพทย์ทางโรคหัวใจที่มีชื่อเสียงมากในโลกเมื่อเกือบ 50 ปีมาแล้ว ท่านเป็นชาวนิวซีแลนด์ที่ไปโด่งดังที่อังกฤษ เป็นอดีตผู้อำนวยการสถาบันโรคหัวใจที่ลอนดอนและเป็นบรมครูที่ใครๆ ในสมัยนั้นก็อยากไปเรียนกับท่าน ผมยังจำได้ว่าผมได้พยายามหาเวลาไปเรียนจากท่านที่โรงพยาบาล Brompton เมื่อท่านออกตรวจผู้ป่วยนอก และสอนไปด้วยโดยต้นต้นไปและขออนุญาตท่านซึ่งท่านก็กรุณาสอนให้ 70 หน้าแรกของหนังสือที่ท่านเขียนที่ผมกล่าวถึงนี้ (เอกสารหมายเลข 1) ผู้ที่อยากเป็นผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจ ควรหาเก็บไว้ เป็นบทที่ว่าด้วยอาการและสัญญาณโรคโดยเฉพาะ เขียนด้วยภาษาอังกฤษแท้ เข้าใจง่าย !

ตับของผู้ป่วยรายนี้โต อาจเป็นจากมี pericardial effusion แต่ผู้ป่วยมีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตด้วย ซึ่งอาจเป็นสัญญาณโรคที่สำคัญที่บ่งบอกสาเหตุที่ทำให้เกิด pericardial effusion ได้แก่ วัณโรคหรือมะเร็ง เป็นต้น

การตรวจพิเศษเพิ่มเติมจะมุ่งไปที่ 1) ยืนยันว่ามี pericardial effusion จริง และ 2) หาสาเหตุที่ทำให้เกิด effusion

ผมเชื่อว่า แพทย์ประจำบ้านคงทำเอกซเรย์ปอด ECG Echo cardiogram และเจาะเอา effusion fluid มาตรวจ ปัจจุบันพบโรคนี้มากขึ้นในผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ HIV เพราะฉะนั้นจึงควรตรวจเลือดดูเรื่องนั้นก่อนจะเจาะเลือดตรวจอย่างอื่นทุกราย

ผลการตรวจพิเศษ

CXR: cardiomegaly (globular shape), no pulmonary congestion
ECG: sinus tachycardia - low voltage and T wave abnormality
Echo: large pericardial effusion
Blood: anti-HIV +ve

32.9

Hb 9.8 PCV 29.8 MCV 82.7 MCH 27.2 MCHC

WBC 5810 N 82 L 11 M 7 RBC 3.6×10^6

Urine: no abnormality

FBS 90 BUN 13 Cr 1.1 Na⁺ 136 K⁺ 5.25

Cl⁻ 95 CO₂ 23.7

SGOT 53 PT 93

CPK/MB 65/18

TP/alb 85/31.9 ASO 143 iu/ml (normal 0-200)

HBsAg -ve, anti-HBS -ve

anti HBC/PHA +ve anti HCV -ve

CD4 17 cells/ul = 4% (normal 28.5-60.5)

CD8 223 = 54% (11.1-38.3)

CD4/CD8 ratio = 0.07 (0.9-3.6)

Pericardial tap: straw coloured fluid, 800 ml withdrawn

Fluid: RBC 3110 WBC 75 cells/cu.mm.

P 80% L 20%

Gram stain -ve

AFB's +

ผู้ป่วยได้รับยา INH, rifampicin, ethambutol, pyrazinamide, Vit B6 และ co-trimoxazole ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล 1 สัปดาห์และได้ย้ายไปรับประทานต่อบ้าน เมื่อมาตรวจครั้งสุดท้ายที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก อาการดีขึ้น

อภิปราย (ต่อ)

Pericardial effusion จากวัณโรค (TbPE) มักจะเกิดจากเชื้อที่แพร่มาจากต่อมน้ำเหลืองที่ mediastinum หรือจากเยื่อหุ้มปอด เมื่อ 40 ปีก่อนขณะที่ทำงานที่คณะแพทยศาสตร์จุฬาฯ ผมได้มีโอกาสเห็นผู้ป่วย 3-4 รายในช่วงระยะเวลาเกือบ 2 ปี TbPE เป็นโรคที่พบไม่บ่อย เมื่อรามาริบัติเปิดใหม่ในช่วง 15 ปีแรกก็มีผู้ป่วยด้วยโรคนี้ไม่มากนักมาถึงยุคที่มีโรคติดเชื้อ HIV ทราบจากอาจารย์แพทย์ที่หน่วยโรคหัวใจที่รามาริบัติว่าขณะนี้ปีๆ หนึ่งพบหลายราย ผมขอแนะนำเอกสารให้อ่านเพิ่มเติมทั้งเก่าและใหม่รวมทั้งที่รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา และนายแพทย์โอภาส การกวินพงศ์ เขียน review ไว้ในรามาริบัติเวชสารเมื่อไม่นานมานี้ (เอกสารหมายเลข 8) แถมนบทความเรื่องเกี่ยวกับ calcific constrictive pericarditis อีก 1 เรื่องที่ตีพิมพ์เมื่อ 2 ปีที่แล้ว (เอกสารหมายเลข 12) อ่านจะเห็นว่าแม้กระทั่งบทความนั้นก็ยังสามารถอ้างอิงถึงผลงานของนายแพทย์ Paul Wood ที่เขียนเมื่อปี ค.ศ. 1961 ด้วย ! ท้ายสุด ผมเพิ่งอ่านบทความเกี่ยวกับ pulsus paradoxus และประวัติของ Adolf Kussmaul ผู้รายงานสัญญาณโรคดังกล่าวจนมีชื่อติดอยู่ด้วยดังที่พวกเราทราบกันดีมาให้ให้อ่านเล่นยามว่าง (เอกสารหมายเลข 14)

แนะนำเอกสาร

- 1) Wood P. Physical signs. In: Diseases of the Heart and Circulation. Second, revised and enlarged edition. Eyre and Spottiswoode. London 1959; pp. 26-72.
- 2) Drazner MH, Rame JE, Stevenson LW, Dries DL. Prognostic importance of elevated jugular venous pressure and a third heart sound in patients with heart failure. N Engl J Med 2001; **345**: 574-81.
- 3) (i) Cayley WE and (ii) Ector H. Letters to the Editor in response to (2) and the authors' reply. N Engl J Med 2001; **345**: 1912-3.
- 4) Harvey AM, Whitehill MR. Tuberculous pericarditis. Medicine 1937; **16**: 45.
- 5) Peel AAF. Tuberculous pericarditis. Brit Heart J 1948; **10**: 195.
- 6) Hageman JH, D'Esopo ND, Glen WWL. Tuberculosis of the pericardium-A long-term analysis of forty-four cases. N Engl J Med 1964; **270**: 327.
- 7) Strang JIG. Tuberculous pericarditis in Transkei. Clinical Cardiology 1984; **7**: 667-70.
- 8) Karnkawinpong O, Sritara P. Tuberculous pericarditis. Rama Med J 1995; **18**: 136-9.

- 9) Gibson DG. Pericardial disease. In: Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Vol 2. Eds: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press, Oxford, 1996; pp. 2474-82.
- 10) Wragg A, Strang JI. Tuberculous pericarditis and HIV infection. Heart 2000; **84**: 127-8.
- 11) Hakin JG, Temouth I, Mushangi E, Siziya S, Robertson V, Malin A. Double blind randomised placebo controlled trial of adjunctive prednisolone in the treatment of effusive tuberculous pericarditis in HIV seropositive patients. Heart 2000; **84**: 183-8.
- 12) Trautner BW, Darouiche RO. Tuberculous pericarditis: optimal diagnosis and management. Clin Infect Dis 2001; **33**: 954-61.
- 13) Ling LH, Oh JK, Breen JF, Schaff HV, Danielson GK, Mahoney DW, et al. Calcific constrictive pericarditis: Is it still with us? Ann Intern Med 2000; **132**: 444-50.
- 14) Bilchick KC, Wise RA. Paradoxical physical findings described by Kussmaul: pulsus paradoxus and Kussmaul's sign. Lancet 2002; **359**: 1940-42.