

“หนุ่มโสด : ข้อมือขวาปวดบวมและมีไข้”
ชายไทยโสดอายุ 29 ปี รับจ้างขายอาหาร ที่ท่าเรือคลองเตย กทม.

อาการสำคัญ

ปวดข้อมือขวา มา 5 วัน
6 วันก่อนมาโรงพยาบาล มือขวาชนโต๊ะอาหาร แต่ไม่แรงและไม่มีแผล
วันรุ่งขึ้นหลังมือขวาบวมเล็กน้อยและปวดข้อ จึงไปหาแพทย์ฉีดยาที่คลินิก
วันรุ่งขึ้น ข้อมือข้างนั้นบวมแดงและผู้ป่วยรู้สึกมีไข้ วันต่อมาเริ่มปวดข้ออื่นๆ
ด้วย
ได้แก่ ข้อเข่า ข้อเท้า สะโพกทั้ง 2 ข้าง รวมทั้งข้อศอกและข้อนิ้วหัวแม่มือซ้าย ไข้สูงขึ้นและ
ผู้ป่วย รู้สึกอ่อนเพลีย
ผู้ป่วยเคยมีแฟนสาว อยู่ด้วยกัน 2 ปี แต่เลิกกันมาแล้ว 6 ปี
ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ แต่ดื่มเบียร์วันละขวดทุกวัน

อภิปราย

หนุ่มผู้นี้มีปวดข้อมือขวา ข้อบวมแดง มีไข้ เริ่มเป็นที่ข้อเดียว ทำให้นึกถึง
septic arthritis ถึงแม้ต่อมาข้ออื่นๆ จะปวดด้วยแต่ไม่เป็นทั้งซ้ายขวาเหมือนกัน หรือที่เรียก
symmetrical polyarthritis ประวัติที่ข้อมือขวาไปชนโต๊ะอาหารและวันรุ่งขึ้นปวดบวมแดงโดยที่
ไม่มีบาดแผลที่มือข้างนั้น ไม่น่าจะเป็นจากเชื้อแบคทีเรียที่เพิ่งเข้าสู่ร่างกายจากผิวหนัง อาจเป็น
เรื่องโดยบังเอิญหรือที่น่าเป็นกว่านั้นก็คือ minor trauma ที่ข้อทำให้เชื้อแบคทีเรียที่อยู่ใน
ร่างกายอยู่แล้วจากกระแสเลือดเกาะตัวที่ข้อและทำให้ข้อมือข้างนั้นอักเสบ

ที่ผมเคยเห็นมา Gonococcal arthritis มาหาแพทย์ด้วยอาการแบบนี้ได้
เมื่อเกือบ 50 ปีมาแล้วขณะที่ผมเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ Guy's ในลอนดอน โรงพยาบาลจะมี
คลินิกนิรนามสำหรับผู้ป่วยหรือสงสัยว่าตัวเองจะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่
จะเป็น gonorrhoea บางรายมีไข้ต่ำๆ และมีเพียง plantar fasciitis ที่เท้าข้างหนึ่งข้างใด
ถ้าผู้ป่วยมี bacterial endocarditis จากลิ้นหัวใจผิดปกติและติดเชื้อ อาการมักจะไม่เกิดขึ้นเร็ว
แบบนี้และข้อที่อักเสบมักจะเป็นทั้ง 2 ข้างคล้ายๆ กันและเป็นหลายข้อ ซึ่งบางคนเชื่อว่าเป็น
immuno-reactive arthritis เสียด้วยซ้ำ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้คงจะต้องตรวจฟังหัวใจให้ดี
มองหาที่มาของการติดเชื้อ ที่ซอกฟันและแน่นอนตรวจให้แน่ใจว่ามี urethral discharge หรือไม่
ถ้าไม่แน่ถึงขนาดต้องทำ prostatic massage ก็ควรทำ

ผลการตรวจร่างกาย

T 38°C PR 84 regular BP 130/70 mm. Hg.
no oral ulcer, erythematous patches over L forearm and arm
Joints: red, swollen first metacarpal joints of both hands
swollen @ wrist
swollen and warm @ knee with evidence of fluid

slightly swollen L ankle and dorsum of L foot
Cardiovascular system: normal
Abdomen: no mass felt
Lymph node 1.5 cm in diameter palpable in the ® inguinal region

อภิปราย (ต่อ)

การวินิจฉัยแยกโรคก็ยังคงเป็นเช่นที่กล่าวไปแล้ว ควรตรวจเพิ่มเติมโดยเจาะข้อที่บวมที่เจาะง่าย เช่น ข่าเข้าแล้วเอา fluid ที่ได้ไปย้อมเชื้อดูเซลล์ หาค่า glucose และอย่าลืมส่งไปเพาะเชื้อ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hb 13 gm% WBC 25800 N 78 L 13 M 6 E 2
ESR 39 mm/1st hour anti HIV – ve
Urine: protein trace, RBC 0-1, WBC 2-3/HPF
Rheumatoid factor + ve 22.6 iu/ml (normal 0-15)

ได้เจาะเข้าขาขวาได้ fluid สีปนเลือดมา 15 ml ย้อม Gram stain ไม่พบเชื้อ
ค่า fluid glucose 14 mg% ในขณะที่ blood glucose 85 mg%
Haemoculture ไม่มีเชื้อ แต่ fluid ที่เจาะจากเข้าส่งเพาะเชื้อพบ Neisseria gonorrhoea - betalactam positive

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับยา cloxacillin ฉีดเข้าเส้น 1 กรัมทุก 6 ชม.อยู่ 1 วันแล้วหยุด และได้ ceftriazone ฉีดเข้าเส้น 1 กรัมทุก 12 ชั่วโมงอยู่ 4 วันแทนเพราะเชื้อติดต่อกับ penicillin และ ampicillin แต่ sensitive ต่อ ceftriazone, norfloxacin และ amoxicillin / clavulanic acid

วันที่ 2 หลังได้ยา ไข้ลงเป็นปกติและข้อค่อยๆ ยุบ ผู้ป่วยกลับบ้านและได้มาตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก 8 วันต่อมา อาการดีขึ้นมาก ยังมีปวดข้อบ้างเล็กน้อย

อภิปรายเพิ่มเติม

ข้ออักเสบจากเชื้อหนองในมักมีอาการเช่นผู้ป่วยรายนี้ บางครั้งแปลกพบมีการอักเสบที่ข้อมักไม่ค่อยทราบกัน เช่น sterno-clavicular และ temporo-mandibular joints เป็นต้น เส้นเอ็นอักเสบหรือ tenosynovitis พบไม่บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงอาจมีเพียงไข้ต่ำๆ เบื่ออาหารและปวดข้อเล็กน้อยชั่วคราวร่วมด้วย กล่าวกันว่าผื่นที่ผิวหนังพบได้บ่อยถึงร้อยละ 30 ส่วนมากผื่นที่พบเป็นแบบ papular บางรายมี petechiae ซึ่งอาจเป็นจาก endotoxin ของ Neisseria บางครั้งผื่นเป็น pustules หรือ necrotic lesions ในกรณีนั้นพบเชื้อแบคทีเรียได้ ผื่นมักเป็นที่มือที่ฝ่าเท้าและแขนขาส่วนปลาย จำนวนผื่นที่พบมีน้อยมักไม่เกิน 10-15 ผื่น ในผู้ป่วยที่มีเชื้อมากอาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มี pericarditis และ endocarditis ได้

การวินิจฉัยแยกโรคจาก Reiter's ได้ที่ผู้ป่วยด้วยโรค Reiter มักมี conjunctivitis, stomatitis หรือ keratoderma blenorrhagica

หลายปีมาแล้วศาสตราจารย์นายแพทย์อุทิศ ดิสมโชค และนายแพทย์ฐิตเวทย์ ตุมราศวิน ได้รวบรวมผู้ป่วยที่มีโรคข้ออักเสบจากการติดเชื้อที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 157 ราย ประมาณร้อยละ 60 เป็นข้ออักเสบที่เกิดจากเชื้อหนอง และประมาณร้อยละ 20 เป็นจากเชื้อหนองในหรือ gonococci (เอกสารหมายเลข 1) นอกจากนี้อาจารย์ทั้ง 2 ท่านยังได้ทำการศึกษาทางคลินิกเกี่ยวกับโรคข้ออักเสบจากเชื้อหนองในไว้อีกด้วย (เอกสารหมายเลข 2)

ผมแนะนำเอกสารเก่าจากต่างประเทศเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคนี้ไว้ 3 เรื่อง (เอกสารหมายเลข 4 ถึง 6) ซึ่งเป็นเรื่องที่ยังได้รับการอ้างอิงจนปัจจุบัน ส่วนที่เหลือแนะนำให้อ่านจากตำราอายุรศาสตร์ที่ให้ไว้ (เอกสารหมายเลข 6 และ 7)

แนะนำเอกสาร

- 1) Deesomchok U, Tumrasvin T. A clinical spectrum of infectious arthritis at Chulalongkorn Hospital. Intern Med 1989; 5: 85-90.
- 2) Deesomchok U, Tumrasvin T. A clinical study of gonococcal arthritis. Intern Med 1986; 2: 65-9.
- 3) Rosenthal J, Bole GG, Robinson WD. Acute gonococcal infectious arthritis. Arthritis Rheum 1980; 23: 889-97.
- 4) Holmes KK, Counts GW, Mahony JDH. Disseminated gonococcal infection. Ann Intern Med 1971; 74: 979-93.
- 5) O'Brien JP, Goldenberg L, Rice PA. Disseminated gonococcal infection: A prospective analysis of 49 patients and a review of pathophysiology and immune mechanisms. Medicine 1983; 62: 395-406.
- 6) Csonka GW. Gonorrhoea. In: Oxford Textbook of Medicine. Second Edition. Volume 1. Eds: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press. Oxford. 1987; pp. 5.409-15.
- 7) Barlow D, Ison CA. Neisseria gonorrhoea. In: Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Volume 1. Eds: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press. Oxford. 1996; pp. 544-50.