

6

“นักสูบบุหรี่จัด ไอเป็นเลือด ปวดสะบัก แขนขา หน้าซีก หนึ่งไม่มีเหงื่อ”

ชายไทยคู่อายุ 54 ปี อาชีพรับเหมาก่อสร้าง จากมหาสารคาม

อาการสำคัญ

ไอเป็นเลือด เป็นๆ หายๆ มา 1 ปี
ผู้ป่วยมักมีอาการไอเป็นครั้งคราวโดยเฉพาะตอนเช้ามา 2-3 ปี แต่ในช่วง 1 ปี
ที่ผ่านมาเริ่มสังเกตมีเสมหะปนเลือด บางครั้งออกมาเป็นลิ่มเลือดเล็กๆ แต่ผู้ป่วยยังทำงานได้
และไม่รู้สึกมีไข้หรือหอบเหนื่อย

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีปวดที่สะบักขวา ปวดหนักๆ ไม่ร้าวไปไหน
ปวดเกือบตลอดเวลา และต่อมาเริ่มมีขาที่ใต้รักแร้และต้นแขน สังเกตเวลาร้อนเหงื่อออกหน้า
ซีกซ้ายด้านเดียว

4 วันก่อนมา ขาเริ่มอ่อนแรง เดินลำบากและใส่รองเท้าไม่ได้ ขามากขึ้นจาก
ปลายเท้าถึงเอว

สูบบุหรี่จัดวันละ 1-2 ซองมา 20 ปี

อภิปราย

อาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นจากรอยโรคที่ประสาทไขสัน
หลังเพราะมีขาขึ้นจากปลายเท้าถึงเอวซึ่งเป็นสัญญาณโรคที่เป็นเอกลักษณ์ ส่วนอาการขาที่ไ้
รักแร้และต้นแขนร่วมกับอาการปวดสะบักขวาทำให้นักถึงว่ารากประสาทบริเวณต้นคอและราก
ประสาท T1-T2 ข้างขวาคงจะผิดปกติด้วย ความรู้สึกที่ผิวหนังใต้รักแร้มากจากรากประสาท
T2 ผ่านมาทาง intercostobrachial nerve อาการเหงื่อไม่ออกหน้าซีกเดียวกันทำให้นักถึงว่ามี
sympathetic “paralysis” ซึ่งใยประสาทมาจากรากประสาท T1 ต้องดูม่านตาดำถ้าม่านตา
ดำข้างขวาเล็กกว่าข้างซ้ายก็สรุปได้ว่าใช่ คือมี Horner's syndrome

อาการไอเป็นเลือดเรื้อรังในคนอายุเกิน 50 ปีและสูบบุหรี่จัดมาก 20 ปี ต้อง
นึกถึงมะเร็งปอด โอกาสที่จะเป็นโรคอื่นมีน้อย

ถ้าเรารวมอาการทั้ง 2 ระบบเข้าด้วยกัน การวินิจฉัยน่าจะเป็นมะเร็งปอดที่
ปอดขวาส่วนบน เป็น superior pulmonary sulcus หรือ Pancoast syndrome มะเร็งลุกลาม
ไปจนไปกด lower cervical หรือ upper thoracic spinal cord ด้วย

การตรวจร่างกายที่เพิ่งเล็งเป็นพิเศษก็คือ

1) ดูว่ามี finger clubbing หรือไม่

2) มี Horner's syndrome ซีกขวาตามที่กล่าวหรือไม่

และ 3) มองหาสัญญาณโรคที่พบใน spinal cord compression คือ
transverse

segmental sensory loss จากขาถึงลำตัว และ Babinski sign

การตรวจร่างกาย

T 37°C

RR 20

PR 84

BP 160/100

moderate clubbing of fingers
 no lymphadenopathy
 Chest: decreased B.S. over RUL

TVR ↓ ⊗
 tachea deviated to ⊗ ?

Eyes: ptosis R

Pupils ⊗ 3 mm. L 5 mm.

Face: forehead felt dry on the ⊗ side

Other cranial nerves: normal

Limbs: Upper: slight wasting and weakness of ⊗ hand muscles (gr

3/5)

Lower: moderate weakness of both hip flexors,
 hamstrings and dorsi flexors of

feet

DTR's		⊗	L					
SJ	+	+		<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>—</td><td>—</td></tr> <tr><td>—</td><td>—</td></tr> </table>	—	—	—	—
—	—							
—	—							
BJ		++	++					
TJ		++	++					
KJ		+++	+++					
AJ		++	++					
P	↑		↑					

Hypalgesia over legs and trunk up to C4-T2 junction and along the inner border of ⊗ arm and axilla (T2-C8)

อภิปราย (ต่อ)

ผลการตรวจร่างกายก็ยืนยันว่ามีรอยโรคที่ cervical cord ส่วนล่าง มี Horner's Syndrome ข้างขวา ประวัติไอเป็นเลือดและผู้ป่วยมี finger clubbing ก็คงเชื่อได้แน่ ว่าผู้ป่วยมีมะเร็งปอดที่ข้างขวาส่วนบน ที่เรียก Pancoast tumour ขอดูเอกซเรย์ปอดรูปเดียว ก็น่าจะยืนยันการวินิจฉัยโรคได้

ผลการตรวจพิเศษ

CXR: shadow of mass in the right upper quadrant of the lung field
 ได้ทำ transbronchial biopsy พบ poorly differentiated carcinoma

อภิปรายเพิ่มเติม

ผมจะถือโอกาสนี้เล่าเรื่อง Pancoast's syndrome และเรื่อง finger clubbing (ศัพท์แพทย์ไทยคือ นิ้วป้อม!)

ในปี ค.ศ. 1932 นายแพทย์ Henry Pancoast ศาสตราจารย์ทางรังสีวิทยาในสหรัฐอเมริกาคนแรกจากมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย ได้รายงานเกี่ยวกับลักษณะอาการทางคลินิกจากเนื้องอกที่ superior pulmonary sulcus ได้แก่ อาการปวดสะบัก กลุ่มอาการ Horner กล้ามเนื้อมือลีบและภาพรังสีเห็นการทำลายกระดูก ในวารสารสมาคมแพทย์สหรัฐฯ (เอกสารหมายเลข 1) จากนั้นมาผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการและลักษณะดังกล่าวได้รับการยอมรับจากแพทย์ ทั่วไปว่าเป็น Pancoast's syndrome ถึงแม้เริ่มแรกมีผู้ใช้ชื่อ Pancoast-Tobias-Ciuffini syndrome บ้าง และ Hare syndrome บ้าง อาการปวดสะบักและกล้ามเนื้อลีบเป็นเนื่องจากมะเร็งลุกลามไปที่ lower nerve trunk ที่ brachial plexus (painful lower brachial plexopathy with an added Horner's syndrome) หลังจากรายงานของ Pancoast แล้วก็มี รายงานเพิ่มเติมอีกเป็นระยะๆ จนปัจจุบัน ผมแนะนำเอกสารที่เพิ่งออกใหม่ๆ ใน 4-5 ปีที่ผ่านมาเพียง 2-3 เรื่องไว้ (เอกสารหมายเลข 2, 3 และ 4) หนึ่งในจำนวนนั้นเป็นรายงานจากแพทย์ไทย ศาสตราจารย์สุมิตรา ทองประเสริฐ และคณะ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารหมายเลข 3) กลุ่มอาการ Pancoast นี้อาจเกิดจากเนื้องอกชนิดอื่นได้ เช่น Schwannoma (เอกสารหมายเลข 4) เป็นต้น

สัญญาณโรคเก่าแก่ที่ควรแก่การศึกษาเป็นอย่างยิ่งได้แก่ clubbing ที่เกิดได้ทั้งที่นิ้วมือและนิ้วเท้า แพทย์และนักศึกษาแพทย์ทุกคนควรให้ความสำคัญและฝึกสังเกตดูให้ได้ ถ้า clubbing เพิ่งเริ่มเกิดที่นิ้ว เราควรดูนิ้วจากด้านข้าง ปกติเล็บและโคนเล็บที่ซ่อนอยู่ในปลายนิ้วจะมีมุมป้าน เมื่อเริ่มมี clubbing มุมดังกล่าวจะหายไปทีบริเวณนั้นจะนูนขึ้นเหมือนจะบวมนิดๆ และถ้าเอานิ้วของผู้ตรวจลองกดบริเวณนั้นดูจะรู้สึกนุ่มๆ ต่อเมื่อมี clubbing มากขึ้นจึงจะเห็นปลายนิ้วดังกล่าวโตขึ้น (นิ้วป้อม) และเล็บงอลงถ้าปล่อยให้งอกยาว นิ้วเท้าก็เป็นได้เช่นกัน

ถ้าเห็น clubbing และนึกถึงโรคปอด ก็จะมีโรค bronchiectasis, lung abscess, empyema, มะเร็งปอดและมะเร็งเยื่อหุ้มปอด หลอดลมอักเสบที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนที่กล่าวจะไม่ทำให้เกิด finger clubbing แต่โรคต่างๆ ที่ทำให้เกิด diffuse pulmonary fibrosis มักจะไม่ ทำให้เกิด clubbing ยกเว้น asbestosis และ fibrosing alveolitis

Clubbing ที่พบในผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจที่พิการแต่กำเนิด และมี cyanosis จาก right to left shunt ยกเว้น subacute bacterial endocarditis ซึ่งทำให้เกิด clubbing ได้ ในผู้ป่วยด้วยโรค congenital cyanotic heart ถ้าเห็น clubbing ที่นิ้วเท้า แต่ไม่มีที่นิ้วมือหรือเกิดที่นิ้วมือน้อยกว่านิ้วเท้ามากและมีมือช้ำมากกว่ามือขวา บอกได้เลยว่าผู้ป่วยมี patent ductus arteriosus (PDA) หรือ aorto-pulmonary window (APW) ที่มี reversed shunt จาก pulmonary hypertension การรู้จักตรวจและสังเกตสัญญาณโรคดังกล่าวจึงน่าทึ่งมาก! อธิบายได้ด้วยคือ เลือดที่ยังไม่ได้รับออกซิเจนจะวิ่งผ่าน shunt ลงสู่เท้ามากและสาเหตุที่มือช้ำเป็นมากกว่ามือขวาก็เพราะ subclavian artery ข้างซ้ายที่นำเลือดไปเลี้ยงมือข้างนั้นมีจุดเริ่มต้นที่อยู่ ตรงข้ามกับ PDA หรือ APW พอดีจึงได้เลือดที่ยังไม่ได้รับออกซิเจนมากกว่า ถ้าให้คนไข้เอามือทั้ง 2 ข้างแช่น้ำอุ่นจะเห็นว่ามือซ้ายสีคล้ำ (cyanosed) มากกว่ามือขวา ศิลปะการตรวจผู้ป่วยที่ น่ารู้เช่นนี้ยังมีอีกมาก!

clubbing ยังเกิดได้ในผู้ป่วยด้วยโรค inflammatory bowel disease เช่น ulcerative colitis พบได้ในผู้ป่วยต่อมไทรอยด์เป็นพิษ และเมื่อเร็วๆ นี้ก็มีรายงานพบในเด็กที่ป่วยด้วยโรค HIV (เอกสารหมายเลข 7 และ 8) นอกจากนี้บางครั้งพบผู้ป่วยมี clubbing ที่

นิ้วโดยไม่มีโรคเป็นสาเหตุก็ได้ (เอกสารหมายเลข 9 และ 10) กล่าวกันว่าถ้าพบผู้ป่วยมี clubbing ที่นิ้วและพบมีกระดูกและข้อนิ้วอักเสบที่เรียก hypertrophic pulmonary osteoarthropathy (HPOA) โอกาสที่ผู้ป่วยนั้นจะมีมะเร็งปอดมีถึงร้อยละ 95

ทำไมจึงเกิดมี clubbing ที่นิ้ว ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ แต่เป็นที่ยอมรับกันว่าประสาทvagus ควบคุมหลอดเลือดเล็กๆ ที่ปลายนิ้วและควบคุมการสร้างเซลล์กระดูกใหม่ การตัดประสาท vagus (vagotomy) ในผู้ป่วยด้วยมะเร็งปอดในบางรายทำให้ clubbing ที่นิ้วมือหายไปได้ จึงสันนิษฐานกันว่ามีส่วนบางตัวที่มีฤทธิ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ปลายนิ้ว เกิด clubbing ที่ในคนปกติถูกปอดทำให้หมดพิษ แต่โรคปอด โรคหัวใจ รวมทั้งโรคที่กล่าว สารเหล่านั้นผ่านไปใน systemic circulation ได้ มีบางคนเชื่อว่าสารตัวการนั้นคือ reduced ferritin ซึ่งก็คงจะติดตามการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

แนะนำเอกสาร

- 1) Pancoast HK. Superior pulmonary sulcus tumor: tumor characterized by pain, Horner's syndrome, destruction of bone and atrophy of hand muscles. JAMA 1932; **99**: 1391-6.
- 2) Arcasoy SM, Jett JR. Superior pulmonary sulcus tumours and Pancoast's syndrome. N Engl J Med 1997; **337**: 1370-6.
- 3) Phimphilai M, Bumroongkit C, Chaiwun B, Thongprasert S. A case of small cell lung carcinoma with Pancoast's syndrome. Intern Med 1999; **15**: 17-20.
- 4) Bozkurt AK. Schwannoma as a cause of Pancoast's syndrome. Internal Medicine Journal 2002; **32**: 108-9.
- 5) Douglas N. Fingers, clubbed. In: French's Index of Differential Diagnosis. Thirteenth Edition. Eds: Bouchier IAD, Ellis H, Fleming PR. Butterworth Heinemann. Oxford. 1996 pp. 219-20.
- 6) Lane DJ. The clinical presentation of chest diseases. In: Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Volume 2. Eds: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press, Oxford. 1996 pp. 2642-52.
- 7) Graham SM, Daley HM, Ngwira B. Finger clubbing and HIV infection in Malawian children. Lancet 1997; **349**: 31.
- 8) Smyth A, Roberto N, Parker S, Tong CYW, Hart CA. Finger clubbing as sign of HIV infection in children. Lancet 1997; **349**: 575.

9) Reynen K, Daniel WG. Idiopathic clubbing. N Engl J Med 2000; **343**: 1235.

10) Baragwanath P. Idiopathic clubbing. N Engl J Med 2001; **344**: 611.