

ถุงหุ้มหัวใจเป็นหนองจากเชื้อบิด

ศักดิ์ศรี สารคุณ*
สมศักดิ์ วรรณะภักดิ์**
สัจพันธ์ อิศรเสนา[†]

เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากเชื้อบิด เป็นสิ่งที่พบได้น้อย แต่เป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรงมาก ในรายงานส่วนมาก ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตก่อนที่แพทย์จะรู้ว่า เป็นโรคนี้ จากการรวบรวมรายงานต่าง ๆ จากปี ค.ศ. 1885 ถึง ค.ศ. 1950 Carter และ Korones⁵ พบผู้ป่วยที่มีเยื่อหุ้มหัวใจเป็นหนองจากเชื้อบิดทั้งสิ้น 41 ราย ในจำนวนนี้มีเพียง 2 รายเท่านั้นที่แพทย์ให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และมีผู้ป่วยรอดชีวิตเพียงคนเดียว จากปี ค.ศ. 1950 ถึง ค.ศ. 1966 Macleod, Wilmot และ Powell¹¹ รวบรวมได้อีก 30 รายจากรายงานทั่วโลก และรายงานเพิ่มเติมอีก 20 ราย จาก 50 รายงานนี้ มี 37 รายที่ให้การวินิจฉัยได้ขณะที่คนไข้ยังมีชีวิตและรักษาหาย 33 ราย สำหรับประเทศไทยเพิ่งมีรายงานโรคนี้ 3 ราย และ 2 รายเสียชีวิต⁴ เนื่องจากโรคนี้พบได้ยาก ถ้าแพทย์ไม่นึกถึงก็คงไม่มีโอกาสให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ คณะของเราจึงขอราย

งานผู้ป่วยหนึ่งรายซึ่งรักษาหาย โดยใช้ยา Metro-nidazole ร่วมกับการทำ pericardiotomy

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย (เลขที่ 329317/13) อายุ 42 ปี จากจังหวัดอ่างทอง รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2513 หลังจากป่วยมาได้ 3 สัปดาห์ ผู้ป่วยเป็นคนแข็งแรงจนเริ่มป่วยโดยมีอาการไข้ ปวดท้องมากบริเวณลิ้นปี่ และมีอาการท้องเดินหลังจากกินยาถ่าย ผู้ป่วยได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดจนอาการดีขึ้นจึงได้กลับบ้าน แต่ 1 สัปดาห์ต่อมาก็ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีกเนื่องจากอาการหอบ และนอนราบไม่ได้ แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าหัวใจวาย ได้ให้ digitalis และเชื่อว่ามีน้ำในถุงหุ้มหัวใจจึงได้พยายามเจาะออก แต่ไม่ได้น้ำ จึงได้ส่งผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติเป็นบิด โรคหัวใจ หรือโรคร้ายแรงอย่างอื่น

* แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

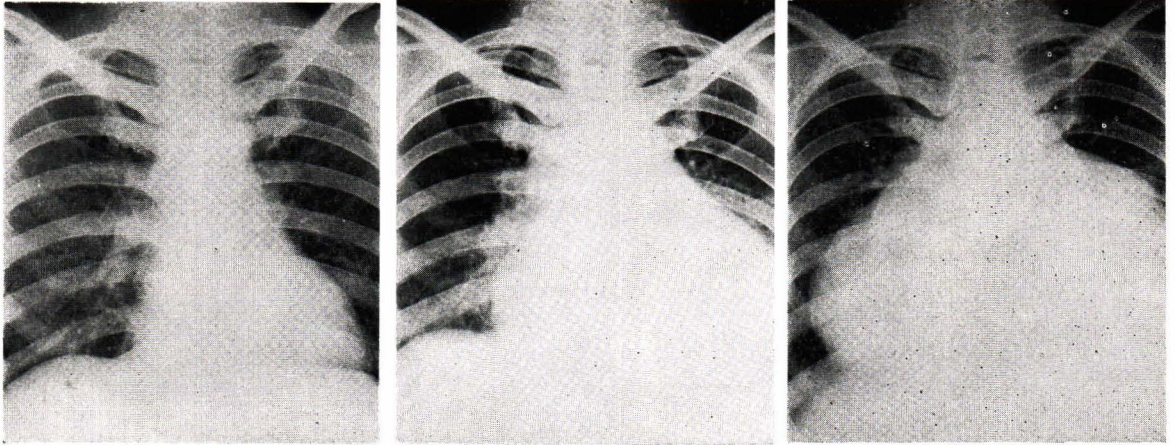
การรายงานเรื่องนี้ ได้รับความแนะนำ และ ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จาก ผศ. นพ. ลมล บุณยะมาน

เมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีอาการหอบมาก ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที หายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/80 มม.ปรอท และอุณหภูมิ 98° ฟ. เส้นเลือดดำที่คอโป่ง เสียงหายใจลดลงทั้งสองข้างของปอดส่วนล่าง หัวใจเคาะที่บวมขยายออกมาจากขอบข้างขวาของกระดูกสันอก จุดที่หัวใจเต้นแรงที่สุดคลำไม่ได้ และเสียงเต้นของหัวใจฟังได้ค่อยมาก ชีพจรเบา และมี paradoxical pulse คลำตับได้ 2 นิ้วมือต่ำกว่าชายโครงขวาและกดเจ็บ ไม่มีน้ำในท้อง ม้ามไม่โต การตรวจทางระบบประสาทไม่พบสิ่งผิดปกติ การตรวจเลือดพบ hemoglobin 10 กรัม/100 มล. เม็ดเลือดขาว 7100 /ลบ. ม.ม. polymorphonuclear cell 86%, Lymphocyte 14% การตรวจปัสสาวะปกติ อูจจาระไม่มีพยาธิสภาพรังสีของทรวงอก พบว่าเงาหัวใจโตขึ้นอีกเมื่อเทียบกับภาพที่ถ่ายจากอ่างทอง (รูปที่ 1) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่ามีลักษณะของ QRS ต่ำโดยทั่วไป รวมกับการเปลี่ยนแปลงของส่วน ST-T (รูปที่ 2) ได้เจาะถุงหุ้มหัวใจทันที ได้หนองสีกะปิ ปริมาณ 1 ลิตร ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเล็กน้อย วันรุ่งขึ้นฟังได้ยินเสียง pericardial rub เจาะถุงหุ้มหัวใจอีกครั้งได้หนองอีก 150 มล. ครั้งนี้พบตัวเชื้อบิด (Entamoeba histolytica) ด้วยการเพาะเชื้อไม่พบว่ามียักเตรีย ได้เริ่มให้ metronidazole 1200 มก. ต่อวันเป็นเวลา 10 วัน ได้ทำสแกนของตับ โดยสาร¹⁹⁸ Au พบว่าตับ

โตเล็กน้อยและไม่มีกัมมันตภาพรังสีบริเวณตับกลีบซ้าย (รูปที่ 3)

การตรวจหน้าทีของตับพบว่า total bilirubin 4.2 มก./100 มล. C.C.F. 3⁺, TT 26.4 units, alkaline phosphatase 6.0 BU, SGOT 350 units, albumin 4.3 กรัม/100 มล. และ globulin 5.3 กรัม/100 มล. ได้เจาะตับกลีบซ้ายและฉีดสี sodium diatrizoate 40 มล. พบว่าสีเข้าไปในถุงหุ้มหัวใจภายในเวลาครึ่งชั่วโมงต่อมา (รูปที่ 4)

เนื่องจากผู้ป่วยอาการเลวลงอีก และเจาะหนองออกยาก จึงได้ตัดสินใจทำ pericardiectomy ผ่านทางกระดูกสันหลังโดยใช้ยาชาเฉพาะที่หลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล 5 วัน จากการผ่าตัดพบว่า มีทางติดต่อระหว่างกลีบซ้ายของตับกับถุงหุ้มหัวใจ ได้ตัดผนังของฝั้ที่ตับไปตรวจทางพยาธิ พบว่ามี การอักเสบทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ได้ใส่ท่อระบายถุงหุ้มหัวใจ หลังผ่าตัดได้ให้ Tetracycline, Penicillin และ Kanamycin ร่วมด้วย ต่อมาผู้ป่วยมีอาการหัวใจวาย และมีน้ำในช่องปอด แต่แล้วอาการต่างๆ ก็ค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ จนสามารถกลับบ้านได้หลังจากอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้กลับไปทำงานที่บ้านและไม่มีอาการอีกเลย เมื่อมาตรวจอีกครั้ง 1 ปีครึ่งต่อมาพบว่าหัวใจไม่โต สแกนของตับกลับมาเป็นปกติ แต่คลื่นไฟฟ้าหัวใจยังคงมีลักษณะต่ำเช่นเดิม

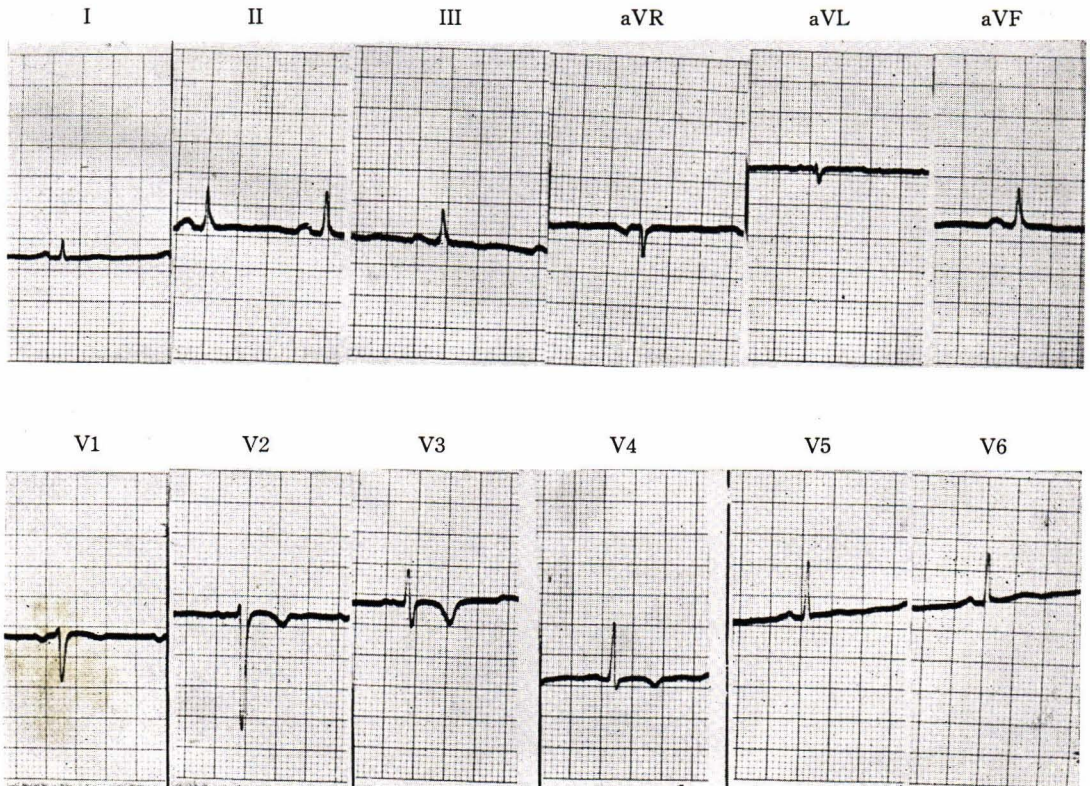


ก. เริ่มป่วย

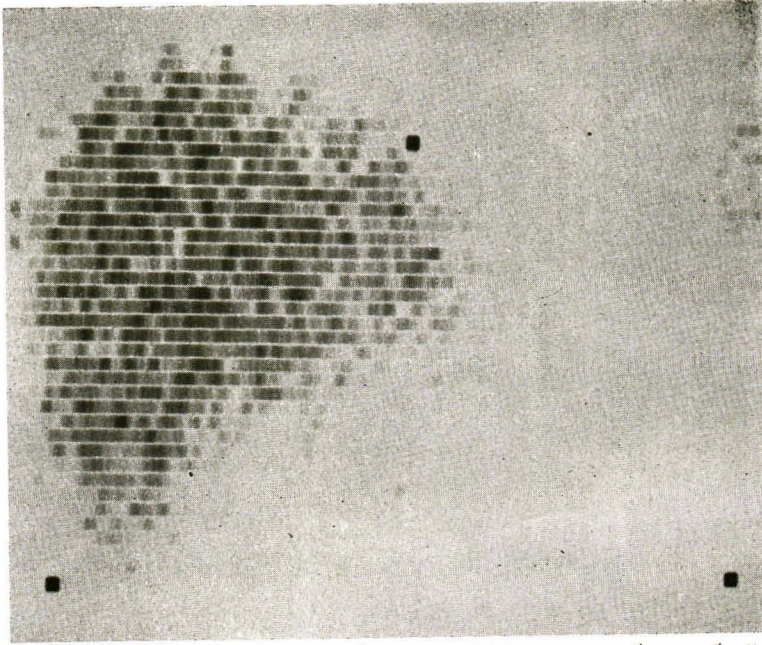
ข. 4 วันต่อมา

ค. 20 วันต่อมา

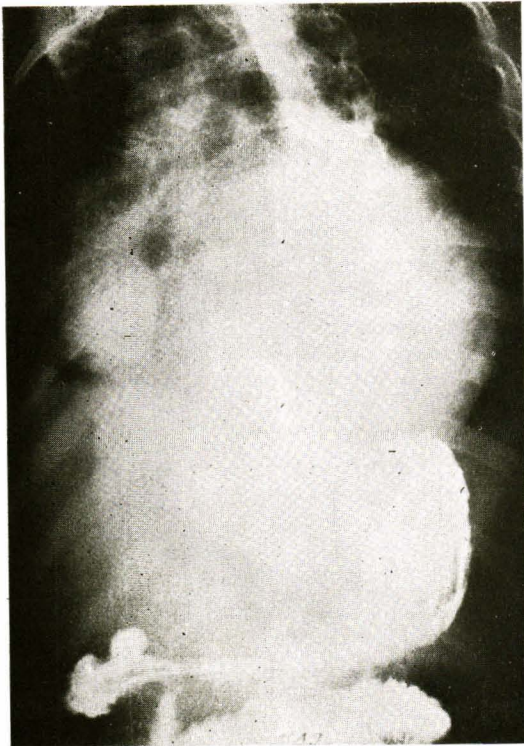
รูปที่ 1 ภาพรังสีของทรวงอก แสดงถึงขนาดของหัวใจซึ่งโตขึ้นเรื่อยๆ นับจากเริ่มป่วย



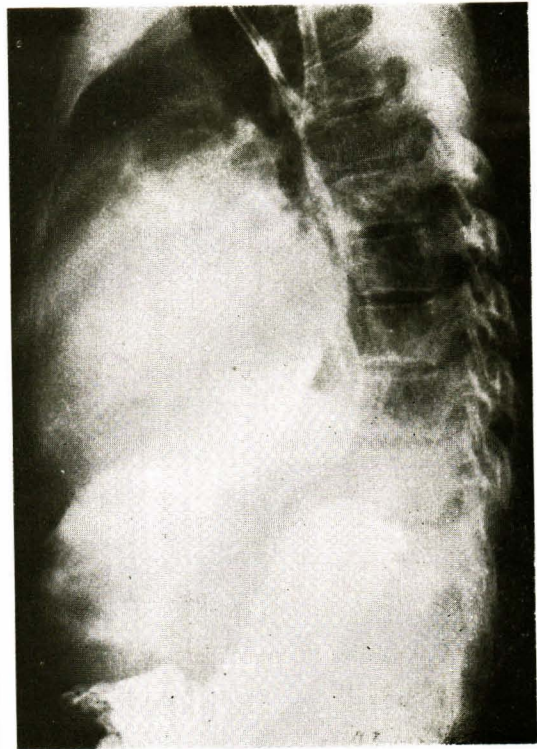
รูปที่ 2 การตรวจกระแสไฟฟ้าหัวใจ พบว่ามี QRS ต่ำ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของส่วน ST-T



รูปที่ 3 สแกนของตับแสดงว่าตับโตเล็กน้อยและไม่มีก้อนมันดภาพรังสีในตับกลีบซ้าย



ก. ถ่ายทำ AP



ข. ถ่ายทำ RL

รูปที่ 4 จากการฉีดสารทึบรังสีเข้าไปใน ฝั่ ตับ พร้อมกับให้ผู้ป่วยกลืนแบเรียม แสดงให้เห็นทางติดต่อระหว่างโพรงฝั่ ในตับกลีบซ้ายกับถุงหุ้มหัวใจ

วิจารณ์

เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเนื่องจากฝั่บิตในดับนั้น พบได้น้อย ที่มีรายงานไว้ คือร้อยละ 0.6 โดย Ochsner และ De Bakey¹³ และร้อยละ 2.8 โดย Lamont และ Pooler¹⁰ Takara และ Bond¹⁸ รวบรวมเรื่องภาวะแทรกซ้อนในทรวงอก เนื่องจากบิตจากรายงานทั่วโลก 293 ราย พบว่ามีเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบร้อยละ 7.5 และเกือบทั้งหมดของรายงานพบว่าเกิดจากฝั่บิตในกลีบซ้ายของดับ¹³

เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากเชื้อบิด อาจจะมีน้ำได้เป็น 2 แบบ^{8, 11} คือเป็นน้ำใส (serous effusion) เนื่องจากปฏิกิริยาของเยื่อหุ้มหัวใจที่อยู่ติดกับฝั่ในดับกลีบซ้ายหรือเป็นหนองเนื่องจากฝั่ในดับแตกเข้าไปในถุงหุ้มหัวใจ แบบแรกอาจกลายเป็นแบบหลังก็ได้ในเวลาต่อมา

ผู้ป่วยที่มีหนองเนื่องจากเชื้อบิดในถุงหุ้มหัวใจอาจมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกมาก หายใจลำบาก หรือเสียชีวิตทันที เนื่องจากฝั่บิตในดับแตกเข้าถุงหุ้มหัวใจ^{6, 11} รายที่ไม่ตายในขณะที่ฝั่ในดับแตก ต่อมาอาจมีอาการของ cardiac tamponade^{7, 9, 10, 11, 17}

การวินิจฉัยเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากเชื้อบิดอาศัยหลักฐานว่ามีน้ำในช่องหุ้มหัวใจ (การเปลี่ยนแปลงทางคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพรังสีที่แสดงว่าหัวใจโต สแกนของหัวใจ หรือ Angio-

cardiogram) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคบิตในดับหรือในปอดอยู่แล้ว การพิสูจน์แน่นอน คือการพบตัวเชื้อบิตในหนองที่ได้จากเยื่อหุ้มหัวใจที่พบเชื้อบิตนี้มีรายงานเพียงไม่กี่รายเท่านั้น^{4, 11} การที่พบหนองสีกะปืออย่างเดี๋ยวจึงใช้เป็นเรื่องยืนยันการวินิจฉัยที่แน่นอนไม่ได้ แต่ก็เป็นเรื่องช่วยชี้ว่าเกิดจากเชื้อบิตได้มาก เพราะในรายงานส่วนมากพบเพียงหนองแบบนี้และไม่พบเชื้อบิต^{1, 17}

การรักษาถุงหุ้มหัวใจเป็นหนองจากเชื้อบิดที่รายงานไว้ว่าได้ผล คือให้ emetine^{14, 17} chloroquin⁴ และโดยไชยทั้งสองชนิดรวมกัน¹¹ หรือ Metronidazole⁷ สำหรับยาชนิดหลังนี้เริ่มใช้รักษาบิตนับแต่ปี ค.ศ. 1966¹⁵ และในปัจจุบันก็ถือว่าเป็นยาที่ดี ปลอดภัย และฆ่าบิตได้โดยตรงในอวัยวะทุกแห่ง¹⁶ คณะของเราเชื่อว่าน่าจะเป็นยาที่ดีที่สุดกรณีนี้ เพราะไม่มีอันตรายต่อหัวใจ และมีฤทธิ์โดยตรงต่อเชื้อบิตในอวัยวะต่างๆ ด้วย

มีผู้รายงานว่า การระบายหนองจากถุงหุ้มหัวใจและฝั่ในดับ โดยวิธีเจาะออกบ่อย ๆ นั้นได้ผลดี^{2, 11, 17} ในรายที่ถุงหุ้มหัวใจมีแต่น้ำใส การใช้เข็มดูดน้ำออกหรือการใส่หลอดพลาสติกเล็ก ๆ หึ่งไว้ อาจเป็นการเพียงพอ แต่ในรายที่มีหนองในช่องหุ้มหัวใจ โอกาสที่จะเกิด constrictive pericarditis มีได้มาก เช่นมีถึง 7 ใน 20 รายที่รายงานโดย Macleod และพวก¹¹ การผ่าตัด

และระบายเอาหนองออกจึงน่าจะเป็นวิธีที่ดีกว่า เพราะสามารถเอาก้อนไฟบริน และ เนื้อที่ตาย ออกได้หมด ทำให้โอกาสที่จะเกิด constrictive pericarditis ในภายหลังน้อยลง⁸ การผ่าตัดเปิดช่องอก ทำ pericardiotomy drainage ครั้งเดียว³ อาจจะช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนนี้ได้ แต่เป็นการผ่าตัดใหญ่และมีอันตรายมากสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ส่วนการทำ pericardiotomy ผ่านทางกระดูกสันหลังนั้นอาจทำได้โดยไม่ต้องดมยาสลบ ทำได้ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย และสามารถระบายถุงหุ้มหัวใจได้เป็นอย่างดี จึงเชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการมาก เช่นคนไข้รายนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Alkan WJ, Kalmi B, Kalderon M: The clinical syndrome of amebic abscess of the liver. *Ann Intern Med* 55:800-13, 61
2. Bansal BC, Gupta DS: Amebic pericarditis. *Postgrad Med J* 47:678-80, 71
3. Boyle JD, Pearce ML, Guze LB: Purulent pericarditis: Review of literature and report of eleven cases. *Medicine* 40:119-44, 61
4. Buri R, Viranuvatti V, Harinasuta T: Three cases of pericardial effusion due to rupture of amebic liver abscesses. *Am J Gastroenterol* 23:45-52, 55
5. Carter MG, Korones SB: Amebic pericarditis, review of the literature and report of a case. *N Engl J Med* 242:390-4, 50
6. D'Cruz IA, Ramamoorthy K: Amoebic pericarditis. *J Indian Med Assoc* 49:342-3, 67
7. Heller RF, Gorbach SL, Tatoes CJ et al: Amebic pericarditis. *JAMA* 220: 988-90, 72
8. Kapoor OP, Shah NA: Pericardial amebiasis following amebic liver abscess of the left lobe. *J Trop Med Hyg* 75:7-10, 72
9. Kern F Jr: Amebic pericarditis. *Arch Intern Med* 76:88-92, 45
10. Lamont NME, Pooler NR: Hepatic amoebiasis: A study of 250 cases. *Q J Med* 27:389-412, 58
11. Macleod IN, Wilmot AJ, Powell SJ: Amoebic pericarditis. *Q J Med* 35:293-311, 66
12. Narris DL, Beemer AM: Amoebic pericarditis. Report of a case with brief review of the literature. *J Trop Med Hyg* 59:188-91, 56
13. Ochsner A, De Bakey M: Amebic hepatitis and abscess: Analysis of 181 cases and review of literature. *Surgery* 13:460-3, 612-49, 43
14. Pauley JM: Amoebic pericarditis. *Postgrad Med J* 41:575-6, 65
15. Powell SJ, Macleod IN, Wilmot AJ et al: Metronidazole in amoebic dysentery and amoebic liver abscess. *Lancet* 2:1329-31, 66
16. Powell SJ: New developments in therapy of amoebiasis. *Gut* 11:967-9, 70
17. Singh A, Jolly SS: Hepato-pulmonary amoebiasis in India. *J Trop Med Hyg* 65:70-3, 62
18. Takara T, Bond WM: Pleuropulmonary, pericardial and cerebral complication of amoebiasis. *Intern Abstr Surg* 107:209-29, 58