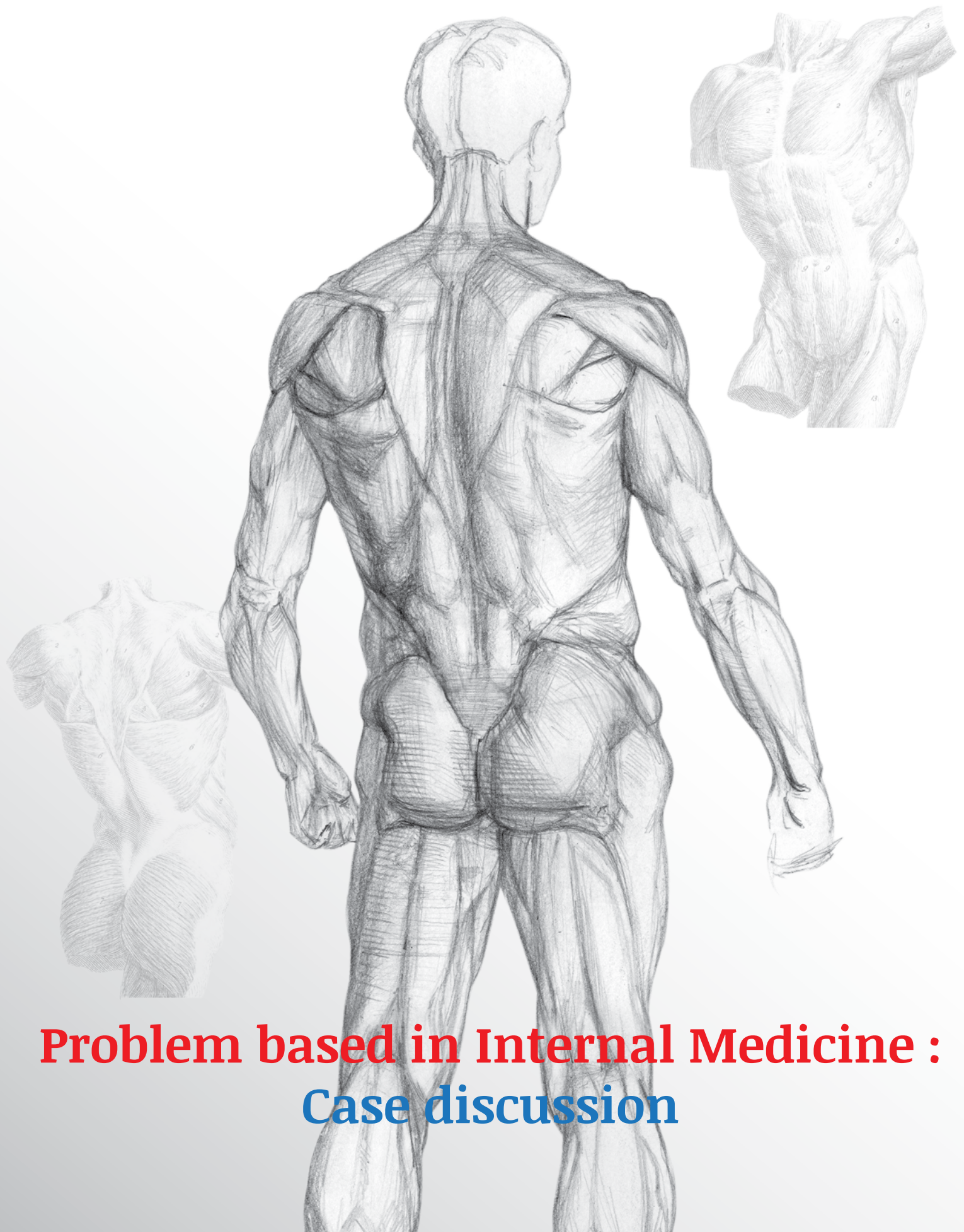




Problem based in Internal Medicine : Case discussion





Problem based in Internal Medicine :
Case discussion

Problem based in Internal Medicine: Case discussion

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

สมบัติ ตรีประเสริฐสุข

กองบรรณาธิการ

เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล

ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย

ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล

นภชาญ เอื้อประเสริฐ

มานพ พัทธกษภาร

สมบัติ มุ่งทวีพงษา

นันทนา กสิตานนท์

วีระเดช พิศประเสริฐ

สารัช สุนทรโยธิน

อุบลัมภ์ ศุภสินธุ์

ISBN 978-616-92100-3-0

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2559

จำนวน 1,500 เล่ม

ราคา 1,500 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

ห้ามลอกเลียนแบบไม่ว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้นอกจากจะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

สมบัติ ตรีประเสริฐสุข.

Problem based in Internal Medicine: Case discussion.-- กรุงเทพฯ :

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2559.

648 หน้า.

1. อายุรศาสตร์. I. ชื่อเรื่อง.

616

ISBN 978-616-92100-3-0

จัดทำโดย ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ชั้น 7 เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่

แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

โทรศัพท์ 0-2716-6744, 081-450-4719, 089-139-4555

e-mail: rcptmail@gmail.com

คำนิยม

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ฝ่ายวิชาการโดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา และกองบรรณาธิการได้จัดพิมพ์หนังสือ **“Problem based in Internal Medicine: Case discussion”** ขึ้น เพื่อให้อายุรแพทย์เข้าใจวิธีการ approach ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ให้เกิดผลคุ้มค่าในทุกขั้นตอน นำไปสู่การวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่ถูกต้องต่อไป

หนังสือประกอบด้วยการ approach ผู้ป่วยที่น่าสนใจทั้งสิ้น 74 รายใน 16 ระบบ โดยผู้นิพนธ์ที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับทางวิชาการในเรื่องนั้นๆ ทำให้หนังสือเล่มนี้มีคุณค่าที่จะเป็นคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์ของประเทศ

ผมขอขอบคุณคณะบรรณาธิการและผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้ตั้งใจทำหนังสือเล่มนี้เป็นอย่างดีและผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจที่ต้องการศึกษาหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทางอายุรศาสตร์ ทั้งในระดับ undergraduate, resident, fellow และอายุรแพทย์ทุกท่านสมดังเจตนารมณ์ของผู้จัดทำ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธำนิษฐ อินทรกำธรชัย
ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

คำนิยม

ผมยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้รับเกียรติให้เขียนคำนิยมในหนังสือ “Problem based in Internal Medicine: Case discussion” โดยรองศาสตราจารย์ ดร.นพ.สมบัติ ตรีประเสริฐสุขและคณะบรรณาธิการ ได้รวบรวมคณาจารย์อายุรแพทย์สาขาต่างๆ จากหลากหลายสถาบัน ที่มีความรู้ความชำนาญทางคลินิก เข้าใจวิธีการแก้ปัญหาทางอายุรศาสตร์เป็นอย่างดี มาร่วมกันนิพนธ์หนังสือเล่มนี้ขึ้น เพื่อให้อายุรแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ เข้าใจวิธีการ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย การสังเคราะห์และแปลผลทางห้องปฏิบัติการและการแก้ปัญหาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยใช้ตัวอย่างผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาต่างๆ เป็นโจทย์ รูปแบบการเข้าถึงปัญหาใช้หัวข้อตามใบประเมินการดูแลผู้ป่วยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นหลัก ซึ่งเชื่อว่าจะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์เวชปฏิบัติ แพทย์ประจำบ้าน และอายุรแพทย์ซึ่งจะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้เป็นประจำ

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย มีบทบาทหน้าที่สำคัญอย่างยิ่งในการให้การศึกษาและรวบรวมองค์ความรู้ใหม่ด้านอายุรศาสตร์ การเขียนตำราทางวิชาการที่มีคุณภาพเป็นส่วนสำคัญอันหนึ่งที่ทำให้การถ่ายทอดความรู้เดิมที่มีอยู่ร่วมกับองค์ความรู้ใหม่อย่างสมบูรณ์ ต้องขอขอบคุณคณะผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการที่อุทิศตนเป็นครูถ่ายทอดเรื่องที่สลับซับซ้อนที่เข้าใจยากให้เข้าใจง่าย การที่ท่านใช้ความอุตสาหะนำตัวอย่างผู้ป่วยที่น่าสนใจบวกกับประสบการณ์ของท่านในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันนิพนธ์หนังสือเล่มนี้ซึ่งเป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับวงการอายุรศาสตร์ จึงเป็นเรื่องที่ควรแก่การนิยมนยกย่องและยินดี เพราะเป็นตำราทางวิชาการที่มีคุณค่าอย่างมากสำหรับวงการแพทย์ในประเทศไทย

ศาสตราจารย์นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา
ประธานคณะอนุกรรมการวิชาการ
ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์นายแพทย์สมบัติ ตรีประเสริฐสุข

สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล

งานโรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์นภชาญ เอื้อประเสริฐ

สาขาวิชาโลหิตวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทนา กลิตานนท์

หน่วยโรคข้อและรูมาติสซั่ม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย

สาขาวิชาโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์นายแพทย์มานพ พิทักษ์ภากร

สาขาวิชาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดอกเตอร์นายแพทย์วีระเดช พิศประเสริฐ

สาขาวิชาโภชนวิทยาคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล

สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมบัติ มุ่งทวีพงษา

หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สารัช สุนทรโยธิน

สาขาวิชาโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พันเอกนายแพทย์อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์

แผนกโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประเสริฐ เดชจิราวัฒน์

ผู้ประสานงานกองบรรณาธิการ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

รายชื่อผู้นิพนธ์

อาจารย์นายแพทย์กนกพจน์ จันทรวิวัฒน์

งานโรคระบบทางเดินอาหาร

กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

อาจารย์แพทย์หญิงกมรวรรณ กัตัญญวงศ์

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พันโทนายแพทย์กฤษณ์ อุทัยชัย

แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ กองอายุรกรรม

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ศาสตราจารย์นายแพทย์ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร

หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศาสตราจารย์นายแพทย์กัมมันธ์ พันธุ์จินดา

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์แพทย์หญิงกาญจนา อันวังค์

กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

นายแพทย์กานต์ ศักดิ์ศรีชัย

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร มาลาธรรม

สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์นายแพทย์กิตติ์วี กฤทธิเมธากาศย์

สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์นายแพทย์คณิตพงษ์ ปราบพาล

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์นายแพทย์จรุงไทย เดชเทวพร

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์แพทย์หญิงจินตนา อาสนะเสน

สาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แพทย์หญิงจิรดา ศรีเงิน

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์แพทย์หญิงชโลบล เฉลิมศรี

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์นายแพทย์ขวลิท ขยางค์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชิงชิง พุเจริญ

สาขาวิชาโรคข้อและภูมิคุ้มกันวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศาสตราจารย์ดอกเตอร์นายแพทย์ชัชฌา สอนกระต่าย

สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์นายแพทย์ชูศักดิ์ ลิ้มทัย

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์แพทย์หญิงจิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

อาจารย์เภสัชกรหญิงดิษยา วัฒนาไพศาล

ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์แพทย์หญิงธนพร รัตนสุวรรณ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงธันนดา ตระการวนิช

หน่วยโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

อาจารย์แพทย์หญิงธนิดา สุทธิชัยมงคล

สาขาวิชาโรคทางเดินอาหารและตับ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดอกเตอร์นายแพทย์ธนิษฐ์ อัสววิเชียรจินดา

สาขาวิชาโรคไตวิทยาคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์นายแพทย์ธัญญ์ สุวัฒนวิโรจน์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ศาสตราจารย์ดอกเตอร์นายแพทย์ธีรธร พูลเกษ

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์แพทย์หญิงนภา ปริญญาติกุล

สาขาวิชาโรคมะเร็ง ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนารพร ประยูรวิวัฒน์

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พันตรีนายแพทย์ในยรัฐ ประสงค์สุข

แผนกมะเร็งวิทยา กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พันตรีนายแพทย์บัญชา สติระพจน์

แผนกโรคไต กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงปณิตา ลิ้มปะพัฒนะ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงประณิธิ หงสประภาส

สาขาวิชาโชนวิทยาศัลยกรรม ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ประวิณ โล่ห์เลขา

หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

อาจารย์นายแพทย์ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร

หน่วยโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

พันโทนายแพทย์ปานศิริ ไชยรังสฤษดิ์

แผนกประสาทวิทยา กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

พันโทนายแพทย์พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวิน

แผนกโรคข้อและรูมาติสซั่ม กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์พงศ์ศักดิ์ ต่านเดชา

สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พันโทแพทย์หญิงพาสรี ลิทธินามสุวรรณ

แผนกประสาทวิทยา กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริปัญญา

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อาจารย์นายแพทย์พรอนันต์ โคมทอง

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

นาวาอากาศเอกนายแพทย์พัทธยา เรียงจันทร์

หน่วยโรคติดเชื้อ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

อาจารย์แพทย์หญิงเพชรรัตน์ ดุสิตานนท์

งานโรคประสาทวิทยา กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

อาจารย์นายแพทย์ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย

สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงภาวิณี ฤกษ์นิมิตร

สาขาวิชาตจวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์แพทย์หญิงมัญชุมาส มัญจางษ์

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาจารย์แพทย์หญิงมาลี เตชพรรุ่ง

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

แพทย์หญิงเยาวนิตย์ ศรีวะโร

สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์แพทย์หญิงรัชนีวรรณ ขวัญเจริญ

หน่วยโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ

สาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์นายแพทย์เริงศักดิ์ สิงห์กาญจนโรจน์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชบุรี

พลโทรองศาสตราจารย์นายแพทย์วิชัย ประยูรวิวัฒน์

แผนกโลหิตวิทยา กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิภา รัชชัยพิชิตกุล

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินหายใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดอกเตอร์นายแพทย์วีระเดช พิศประเสริฐ

สาขาวิชาโชนวิทยาคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาจารย์แพทย์หญิงศยามล กิมตระกูล
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน

ร้อยโทนายแพทย์ศักรินทร์ จีรพงศธร
แผนกโรคทางเดินอาหารและตับ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อาจารย์แพทย์หญิงศานิต วิชานศวกุล
หน่วยโภชนาการคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ อนันต์ณัฐศิริ
สาขาวิชาโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาจารย์นายแพทย์ศิษฐ์ ศิริมลพิวัฒน์
หน่วยระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงศุทธิณี อธิเมฆินทร์
สาขาวิชาเคมีบำบัด ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พันเอกนายแพทย์สมชาย พัฒนอาจกุล
แผนกโรคต่อมไร้ท่อ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อาจารย์นายแพทย์สมชาย วงศ์ขันตี
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์นายแพทย์สมบัติ ตรีประเสริฐสุข
สาขาวิชาโรคทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์นายแพทย์สรวิเชษฐ์ รัตนชัยวงศ์

สาขาวิชาโชนวิทยาคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาจารย์นายแพทย์สทภูมิ ศรีสุมะ

สาขาวิชาเภสัชวิทยาและพิษวิทยาคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์นายแพทย์สิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์

สาขาวิชาโรคข้อและภูมิคุ้มกันวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อาจารย์แพทย์หญิงสุนีย์ ขยางค์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์

อาจารย์นายแพทย์สุรัตน์ ต้นประเวช

หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อาจารย์แพทย์หญิงสุรรัตน์ สุวัชรังกูร

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พันเอกรองศาสตราจารย์นายแพทย์อภิก แสงอาสาวิริยะ

แผนกโรคภูมิแพ้ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

อาจารย์นายแพทย์อภิสิทธิ์ บุญเกิด

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์แพทย์หญิงอรพรรณ คงพันธุ์จิตร

หน่วยโรคเลือด ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

อาจารย์แพทย์หญิงอรพิษา ไกรฤทธิ์

สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์แพทย์หญิงอรอนงค์ จิตรกฤษฏากุล

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์นายแพทย์อาคม นงนุช

สาขาวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์นายแพทย์ไวยวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์อิโรชิ จันทาภากุล

สาขาวิชาโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

กรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 54 ปี มีอาการนิ้วมือทั้งสองข้างซีดเขียวง่าย เมื่อสัมผัสความเย็นมาประมาณ 4 เดือน: แพทย์หญิงชิงชิง พุเจริญ	1
กรณีศึกษาที่ 2	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 69 ปี ปัสสาวะราดมา 1 สัปดาห์ก่อนมา: แพทย์หญิงมัญชมาส มัญจาวงษ์, แพทย์หญิงปณิดา ลิ้มปะวัฒน์	12
กรณีศึกษาที่ 3	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 85 ปี มีอาการไอแห้งๆ 3 เดือนก่อนมา: นายแพทย์พรอนันต์ โดมทอง	21
กรณีศึกษาที่ 4	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 39 ปี เหนื่อยมากขึ้น 1 เดือน ก่อนมา: นายแพทย์ธัญญ์ สุวัฒนวิโรจน์	28
กรณีศึกษาที่ 5	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 77 ปี เดินและทรงตัวลำบาก 2 เดือน: นายแพทย์ประวิณ โล่ห์เลขา	35
กรณีศึกษาที่ 6	ผู้ป่วยชายไทยหม้าย อายุ 70 ปี น้ำหนักตัวลด 3 เดือน: แพทย์หญิงชโลบล เถลิ้มศรี, นายแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ	45
กรณีศึกษาที่ 7	ผู้ป่วยหญิงคอเคเซียน สัญชาติแอฟริกาใต้ อายุ 33 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเอกชน ด้วยภาวะหายใจล้มเหลว: นายแพทย์เร็กซ์ศักดิ์ สิงห์กาญจนโรจน์	55
กรณีศึกษาที่ 8	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 40 ปี หอบเหนื่อยมากขึ้น 3 วันก่อนมา: นายแพทย์สทภูมิ ศรีสุมะ	62
กรณีศึกษาที่ 9	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 62 ปี ไข้ต่ำ 1 เดือน ก่อนมา: นายแพทย์อาคม นงนุช	69
กรณีศึกษาที่ 10	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 20 ปี ปวดศีรษะ เกร็งกระตุก บวม และปัสสาวะน้อย 5 วัน ก่อนมา: นายแพทย์ปัญญา สติระพจน์	75
กรณีศึกษาที่ 11	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 37 ปี ไข้เรื้อรังมา 1.5 เดือน ก่อนมา: แพทย์หญิงมาลี เตชพรรุ่ง	83
กรณีศึกษาที่ 12	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 44 ปี ปวดหลัง 1 เดือนก่อนมา: แพทย์หญิงสุนีย์ ชยางศุ	89
กรณีศึกษาที่ 13	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 37 ปี บวมมากขึ้น 2 สัปดาห์ก่อนมา: นายแพทย์ชัชฌา สวนกระต่าย	100
กรณีศึกษาที่ 14	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 55 ปี เจ็บแน่นหน้าอกมา 1 สัปดาห์: แพทย์หญิงวิภา รัชชัยพิชิตกุล	105
กรณีศึกษาที่ 15	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 24 ปี ปวดตึงหลังมากขึ้นมานาน 1 เดือน: นายแพทย์สิทธิชัย เนตรวิจิตรพันธ์	116

Problem based in Internal Medicine: Case discussion

กรณีศึกษาที่ 16	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 40 ปี คลำก้อนใต้ท้องด้านซ้ายบน มา 1 เดือน: แพทย์หญิงอรพรรณ คงพันธุ์จิตร	124
กรณีศึกษาที่ 17	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 42 ปี ปวดศีรษะทุกวันมา 4 เดือน: นายแพทย์ธนิษฐ์ อัสวีเชียรจินดา	138
กรณีศึกษาที่ 18	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 28 ปี เดินทรงตัวไม่ดี ค่อยๆ เป็นมากขึ้นมา 3 ปี: นายแพทย์ธีรธร พูลเกษ	144
กรณีศึกษาที่ 19	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี มีอาการสั่นของมือขวามากขึ้น 6 เดือน: แพทย์หญิงอรอนงค์ จิตรกฤษฎากุล, นายแพทย์กานต์ ศักดิ์ศรีชัย, นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ	152
กรณีศึกษาที่ 20	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 59 ปี มีอาการขาข้างขวากระตุก 2 เดือน: นายแพทย์ปานศิริ ไชยรังษะฤกษ์	162
กรณีศึกษาที่ 21	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 22 ปี แขนขาอ่อนแรง 1 วันก่อนมา: นายแพทย์บัญชา สติระพจน์	167
กรณีศึกษาที่ 22	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 54 ปี ปัสสาวะเป็นสีน้ำตาลเนื้อและออกลดลง เป็นมานาน 1 เดือนก่อนมา: นายแพทย์กิตติ์วี กฤษณ์เมธาภักย์	175
กรณีศึกษาที่ 23	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 31 ปี จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่มา 1 เดือน: แพทย์หญิงศยามล กิมตระกูล	185
กรณีศึกษาที่ 24	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 32 ปี กระตุกผิดปกติ 6 เดือน: แพทย์หญิงฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย	191
กรณีศึกษาที่ 25	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 25 ปี มีน้ำนมไหลจากเต้านมทั้ง 2 ข้างมา 4 เดือน: นายแพทย์สมชาย พัฒนาอาจกุล	197
กรณีศึกษาที่ 26	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 54 ปี มีไข้ และปวดข้อ 5 วันก่อนมา: นายแพทย์พงศ์ธร ณรงค์ฤกษ์นาวัน	204
กรณีศึกษาที่ 27	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 20 ปี ลำตัวแข็งเกร็งมากขึ้น 1 ปีก่อนมา: แพทย์หญิงจิรดา ศรีเงิน, นายแพทย์กานต์ ศักดิ์ศรีชัย, นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ	213
กรณีศึกษาที่ 28	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 83 ปี มีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ร่วมกับมีไข้สูง หนาวสั่น 6 ชั่วโมงก่อนมา: นายแพทย์กฤษณ์ อุทัยฉาย	221
กรณีศึกษาที่ 29	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 32 ปี ขาอ่อนแรงทั้งสองข้างเป็นมา 4 เดือน: นายแพทย์พรชัย สติปัญญา	233
กรณีศึกษาที่ 30	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 55 ปี ผื่นผิวหนังลอก 1 วันก่อนมา: แพทย์หญิงภาวิณี ฤกษ์นิมิตร	241
กรณีศึกษาที่ 31	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 60 ปี ซึมลง 1 วันก่อนมา: แพทย์หญิงนภา ปริญญาติกุล	251

กรณีศึกษาที่ 32	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 58 ปี ท้องโตและแน่นท้องมา 1 เดือน: แพทย์หญิงศุทธิณี อธิธิเมฆินทร์	259
กรณีศึกษาที่ 33	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี มีอาการน้ำตาลต่ำ เป็นๆ หายๆ 4 ปีก่อนมา: แพทย์หญิงรัชนิวรรณ ขวัญเจริญ	267
กรณีศึกษาที่ 34	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 50 ปี มีอาการขาบริเวณซีกขวา เป็นมานาน 4 ชั่วโมงก่อนมา: นายแพทย์ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร	277
กรณีศึกษาที่ 35	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 39 ปี ปวดศีรษะเฉียบพลันและรุนแรง 1 ชั่วโมงก่อนมา: แพทย์หญิงเพชรรัตน์ ดุสิตานนท์	286
กรณีศึกษาที่ 36	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 18 ปี มีก้อนที่ขาหนีบทั้งสองข้างมานาน 2 สัปดาห์: นายแพทย์วิชัย ประยูรวิวัฒน์	293
กรณีศึกษาที่ 37	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 16 ปี ชักเกร็งทุกวัน 4 เดือนก่อนมา: แพทย์หญิงกาญจนา อันวงศ์	303
กรณีศึกษาที่ 38	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 25 ปี ชักเกร็งกระตุกทั้งตัว 1 เดือนก่อนมา: แพทย์หญิงกาญจนา อันวงศ์	308
กรณีศึกษาที่ 39	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 21 ปี ปวดศีรษะมา 1 เดือน: แพทย์หญิงธนันดา ตระการวนิช	313
กรณีศึกษาที่ 40	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 35 ปี มีอหิวาปวดบวม และไข้สูงก่อนมา 1 วัน: แพทย์หญิงธนพร รัตนสุวรรณ	322
กรณีศึกษาที่ 41	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 70 ปี หอบเหนื่อยมากขึ้น 1 สัปดาห์ก่อนมา: นายแพทย์ชวลิต ชยางศุ	330
กรณีศึกษาที่ 42	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 76 ปี สับสน 1 สัปดาห์ ก่อนมา: เภสัชกรดิษยา วัฒนาไพศาล	339
กรณีศึกษาที่ 43	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 35 ปี เหนื่อยและเพลียมากมา 3 วัน: นายแพทย์พัทธยา เรียงจันทร์	348
กรณีศึกษาที่ 44	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 54 ปี มีอาการแขนขาไม่มีแรงเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ พร้อมๆ กัน ใน 3 สัปดาห์: นายแพทย์จรุงไทย เดชเทวพร	356
กรณีศึกษาที่ 45	ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 16 ปี แขน 2 ข้าง เคลื่อนไหวผิดปกติ มา 2-3 ปี: แพทย์หญิงสุรรัตน์ สุวัชรังกูร, นายแพทย์อภิสิทธิ์ บุญเกิด	363
กรณีศึกษาที่ 46	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 28 ปี เหนื่อยมากขึ้น 2 สัปดาห์ก่อนมา: นายแพทย์ไวยรัฐ ประสงค์สุข	369
กรณีศึกษาที่ 47	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 81 ปี ขาอ่อนแรงสองข้างมา 6 สัปดาห์: นายแพทย์ไวยวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล	379
กรณีศึกษาที่ 48	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 21 ปี ไข้ 3 สัปดาห์ ก่อนมา: แพทย์หญิงมาลี เดชพรุ่ง	387

Problem based in Internal Medicine: Case discussion

กรณีศึกษาที่ 49	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 34 ปี ปวดท้อง 1 วันก่อนมา: แพทย์หญิงศานิต วิชานศวกุล, นายแพทย์ศิษฐ์ ศิริมลพิวัฒน์	392
กรณีศึกษาที่ 50	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 65 ปี ปวดศีรษะและใบหน้าด้านขวา 2 เดือน: นายแพทย์กัมมันต์ พันธุมจินดา, นายแพทย์ไอลวุฒิ ไทยพิสุทธิกุล	404
กรณีศึกษาที่ 51	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 34 ปี ปวดหลังมา 1 ปี: นายแพทย์กำธร มาลาธรรม	411
กรณีศึกษาที่ 52	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 45 ปี ใช้ 5 วันก่อนมา: นายแพทย์กำธร มาลาธรรม	418
กรณีศึกษาที่ 53	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 52 ปี หมดสติขณะวิ่งออกกำลังกาย 30 นาทีก่อนมา: นายแพทย์ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย	426
กรณีศึกษาที่ 54	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 50 ปี ผิวดำร่วมกับเหนื่อเพลียมา 1 ปี: นายแพทย์สมชาย วงศ์ชั้นดี	436
กรณีศึกษาที่ 55	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 42 ปี มีไข้มา 2 เดือน: แพทย์หญิงศิริลักษณ์ อนันต์ณัฐศิริ	445
กรณีศึกษาที่ 56	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 47 ปี มีผื่นคันทั้งตัว 5 นาทีหลังจากโดนผึ้งต่อย: แพทย์หญิงเยาวินต์ ศรีวะโร, นายแพทย์อิทธิวิ จันทากุล	453
กรณีศึกษาที่ 57	ผู้ป่วยหญิงชาวเนปาล อายุ 70 ปี มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงมา 2 สัปดาห์: นายแพทย์ก้องเกียรติ ภูณท์กันทราร	462
กรณีศึกษาที่ 58	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 68 ปี หลงลืม เคลื่อนไหวช้า คิดและพูดช้าลง 2 ปีก่อนมา: แพทย์หญิงจินตนา อาสนะเสน	472
กรณีศึกษาที่ 59	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 48 ปี ท้องโต แน่นท้อง 1 เดือนก่อนมา: แพทย์หญิงธิดา สุทธิชัยมงคล	484
กรณีศึกษาที่ 60	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 56 ปี น้ำหนักลด 3 เดือน ก่อนมา: นายแพทย์วีระเดช พิศประเสริฐ, นายแพทย์สรวิเชษฐ์ รัตนชัยวงศ์, แพทย์หญิงประณิธิ หงสประภาส	492
กรณีศึกษาที่ 61	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 43 ปี กลืนอาหารลำบาก 2 เดือนก่อนมา: นายแพทย์กนกพจน์ จันทร์ภักดิ์	501
กรณีศึกษาที่ 62	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 45 ปี มีอาการไข้ ผื่นและปวดข้อ 10 วันก่อนมา: นายแพทย์คณิตพงษ์ ปราบพาล	507
กรณีศึกษาที่ 63	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 45 ปี คลื่นไส้ อาเจียน 30 นาที ก่อนมา: นายแพทย์อริก แสงอาสาวิริยะ	514
กรณีศึกษาที่ 64	ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 21 ปี มีอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว 1 วัน ก่อนมา: แพทย์หญิงนารพร ประยูรวิวัฒน์	523

กรณีศึกษาที่ 65	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 46 ปี มีอาการขาไม่มีแรงเดินลำบากเป็นมาขึ้นเรื่อยๆ พร้อมๆ กัน ประมาณ 1 เดือนก่อนมา: นายแพทย์จรุงไทย เดชเทวพร	535
กรณีศึกษาที่ 66	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 57 ปี สืบสน 2 วันก่อนมา: นายแพทย์ชูศักดิ์ ลิ้มทัย	543
กรณีศึกษาที่ 67	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 62 ปี เกร็งกระตุกทั้งตัว 2 ครั้งใน 2 วัน ก่อนมา: แพทย์หญิงพาสรี สิทินามสุวรรณ	553
กรณีศึกษาที่ 68	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 73 ปี มีอาการเดินติดขัดโดยเฉพาะเวลาก้าวเดิน มาเป็นเวลา 1 ปี: นายแพทย์รุ่งโรจน์ พิทยศิริ	564
กรณีศึกษาที่ 69	ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 37 ปี มีอาการปวดศีรษะเป็นเวลา 6 เดือน: นายแพทย์สุรัตน์ ตันประเวช	572
กรณีศึกษาที่ 70	ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 14 ปี ถูกนำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการชักเกร็ง กระตุกทั้งตัว: แพทย์หญิงกมลวรรณ กัตัญญวงศ์	578
กรณีศึกษาที่ 71	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 35 ปี ศัลยแพทย์ปรึกษาผลเลือดพบว่ามียะดัมภ์โซเดียมต่ำ: นายแพทย์พงศ์ศักดิ์ ต่านเดชา	585
กรณีศึกษาที่ 72	ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 81 ปี รับปรึกษาจากแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ เพื่อเตรียมผ่าตัดแก้ไขกระดูกข้อสะโพกหัก จากการหกล้ม 4 ชั่วโมง: แพทย์หญิงอรพิษา ไกรฤทธิ์	591
กรณีศึกษาที่ 73	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 75 ปี มีอาการอึดแน่นท้องมากขึ้น จนไม่ยอมรับประทานอาหารมานาน 3 เดือน: นายแพทย์ศักรินทร์ จีรพงศธร	598
กรณีศึกษาที่ 74	ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 46 ปี อาการตัวตาเหลืองมา 2 สัปดาห์: นายแพทย์สมบัติ ตรีประเสริฐสุข	606

Chief complaint

มีอาการนิ้วมือทั้งสองข้างซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นมาประมาณ 4 เดือน

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 54 ปี อาชีพ
เกษตรกร ภูมิลำเนา จังหวัดขอนแก่น
.....
นิพนธ์โดย : แพทย์หญิงชิงชิง พูลเจริญ

Present illness

5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยสังเกตว่ามีนิ้วมือซีดเขียว เวลาอากาศเย็น หลังอาบน้ำ หรือจับแก้วน้ำเย็น แต่ไม่ปวด ต่อมาสังเกตว่าผิวหนังบริเวณนิ้วมือและหลังมือบวมตึงกว่าปกติ

4 เดือนก่อนมา เริ่มมีแผลที่บริเวณปลายนิ้วมือที่ซีดเขียว และปวด ไม่เหนียว ไม่มีน้ำหนอง

Past history

ปฏิสโรโรคประจำตัว ปฏิเสธการใช้ยาใดเป็นประจำ

Family history

คนในครอบครัวแข็งแรงดี

Social history

ไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่

ผลการตรวจร่างกาย

Vital signs: Temperature 37 °C, PR 80/min
normal at both brachial artery and
radial artery; regular, BP 120/80
mmHg, RR 16/min

General appearance: Good consciousness

HEENT: No pale conjunctivae, no icteric
sclera, no palpable cervical, axillary
and inguinal lymph nodes

Heart: Normal S1S2, no heaving, no murmur

Lungs: Normal breath sound, no
adventitious sound

Abdomen: Normal bowel sound, no superficial vein dilatation, liver and spleen were not palpable, no palpable mass, and normal rectal examination

Extremities: Presence of puffy hands and digital pitting scar (ดังภาพที่ 1), Adson's sign - negative (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 1 แสดงผิวหนังบริเวณนิ้วมือและหลังมือบวมตึงทั้งสองข้างร่วมกับปลายนิ้วมือเขียวคล้ำ



ภาพที่ 2 แสดงแผลเป็นเป็นรอยบุ๋มที่บริเวณปลายนิ้วมือ

สรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วย

ปัญหาของผู้ป่วย คือ ปรากฏการณ์นิ้วมือและนิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดมีสาเหตุหรือทุติยภูมิ (secondary Raynaud's phenomenon) เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการขณะที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และมีลักษณะทางคลินิกอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ผิวหนังบริเวณนิ้วมือและหลังมือบวมตึง และมีแผลเป็นเป็นรอยบุ๋มบริเวณปลายนิ้วมือ ซึ่งลักษณะทางคลินิกดังกล่าวบ่งว่าปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นน่าจะเป็นชนิดทุติยภูมิ (secondary Raynaud's phenomenon)⁽¹⁾

แนวทางการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรค

ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะทางคลินิกที่น่าจะเข้าได้กับโรคหนังแข็ง (scleroderma) คือ มีแผลเป็นเป็นรอยปุ่มที่ปลายนิ้วร่วมกับผิวหนังบริเวณนิ้วมือและหลังมือบวมตึง ซึ่งลักษณะทางคลินิกดังกล่าวเป็นลักษณะทางคลินิกที่พบในโรคหนังแข็งในระยะแรก อย่างไรก็ตาม ควรวินิจฉัยแยกโรคสาเหตุที่ทำให้มีปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดทุติยภูมิอื่นด้วย ได้แก่⁽²⁾

1. ความผิดปกติของส่วนประกอบของเลือด เช่น ภาวะเม็ดเลือดแดงมาก (polycythemia) โรคโครโอโกลบูลินิเมีย (cryoglobulinemia) โรคพาราโปรตีนิเมีย (paraproteinemia) เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีลักษณะตัวแดงที่พบในภาวะเม็ดเลือดแดงมาก และไม่มีใบหูหรือปลายจมูกเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นที่พบในโรคโครโอโกลบูลินิเมีย แต่ก็ยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคจนกว่าจะยืนยันแน่ชัดว่าปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นไม่ได้เกิดจากสาเหตุดังกล่าว
2. โรคหลอดเลือดแดงเบรคิโอเซฟาลิกแข็ง (brachiocephalic atherosclerosis) ในผู้ป่วยรายนี้มีอายุน่าจะมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง แต่ผู้ป่วยไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง อีกทั้งยังคลำชีพจรของหลอดเลือดแดงที่แขนได้ปกติจึงคิดถึงปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นจากสาเหตุนี้ลดลง
3. โรครูมาติกอื่นๆ เช่น โรคลูปัส (systemic lupus erythematosus) โรคกล้ามเนื้อและผิวหนังอักเสบ (dermatomyositis) โรคหลอดเลือดอักเสบทาคายาสู (Takayasu arteritis) แต่ผู้ป่วยยังไม่มีลักษณะทางคลินิกอื่นที่เข้าได้กับโรครูมาติกดังกล่าวจึงทำให้คิดถึงลดลง
4. โรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดหรือมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดง ได้แก่ โรคเบอร์เกอร์ (Buerger's disease หรือ thromboangiitis obliterans) กลุ่มอาการทางออกทรวงอกแคบ (thoracic outlet syndrome) แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีประวัติสูบบุหรี่จึงทำให้คิดถึงโรคเบอร์เกอร์ลดลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นที่มือทั้งสองข้างและผลการทดสอบแอดสันส์ (Adson's sign) ให้ผลลบต่างจากลักษณะทางคลินิกที่พบในกลุ่มอาการทางออกทรวงอกแคบที่มักพบปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นเพียงข้างเดียวและทดสอบแอดสันส์ (Adson's sign) ให้ผลบวกคือ คลำชีพจรที่หลอดเลือดเรเดียลได้เบาลงเมื่อให้ผู้ป่วยเหยียดแขนไปข้างหลังพร้อมกับหันหน้าไปหาแขนข้างที่เหยียดเนื่องจากหากมีทางออกของทรวงอกแคบ การทดสอบดังกล่าวจะทำให้หลอดเลือดแดงที่อยู่บริเวณยอดอกถูกกดเบียดมากขึ้นเป็นเหตุให้คลำชีพจรที่หลอดเลือดเรเดียลได้เบาลง
5. โรคต่อมไร้ท่อ (endocrine) เช่น กลุ่มอาการคาร์ซินอยด์ (carcinoid syndrome) ภาวะขาดไทรอยด์ (hypothyroidism) โรคเนื้องอกฟีโอโครโมไซโตมา (pheochromocytoma) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีลักษณะทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคต่อมไร้ท่อจึงทำให้คิดถึงสาเหตุจากโรคต่อมไร้ท่อน้อยลง

ปรากฏการณ์นิ้วมือนิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นที่มีสาเหตุจากยา โดยเฉพาะยาลดความดันโลหิตกลุ่มยับยั้งตัวรับเบตา (beta blocker) และยารักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนกลุ่มเออร์กอตส์ (ergots) เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดปรากฏการณ์นิ้วมือนิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นมาก่อนจึงทำให้เกิดถึงสาเหตุจากยาลดลง

การส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยโรค

การตรวจสืบค้นเพิ่มเติมแบ่งออกเป็น การตรวจเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรค และเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนรักษา ได้แก่

1. เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรค ได้แก่

- ส่งตรวจหลอดเลือดฝอยที่สันเล็บ (nail fold capillary) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคหนังแข็งในระยะแรก โดยตรวจด้วยเครื่องส่องตรวจหลอดเลือดฝอย (capillaroscope) หรืออาจประยุกต์โดยใช้กล้องส่องตรวจในลูกตา (ophthalmoscope) ซึ่งสามารถทำได้ง่ายในเวชปฏิบัติ โดยปรับกำลังขยายของเลนส์ของกล้องส่องตรวจในลูกตาไว้ที่ระดับ 40 และส่องตรวจสันเล็บในบริเวณที่ได้รับการหยดน้ำมัน (oil) ที่ใช้เพิ่มกำลังขยายของกล้องจุลทรรศน์ไว้ การพบห่วงหลอดเลือดฝอยขนาดยักษ์ (giant capillary loop) จะช่วยสร้างความมั่นใจในการวินิจฉัยโรคหนังแข็งมากขึ้น⁽³⁾
- ตรวจวิทยาเซรัม (serology) เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคหนังแข็งและประเมินการพยากรณ์โรค ได้แก่ แอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (antinuclear antibody; ANA) แอนติเซนโตรเมียร์แอนติบอดี (anticentromere antibody) และแอนติโทโปไอโซเมอเรส-1 (anti topoisomerase-1) หรือแอนติเอสซีแอล-70 (anti SCL-70)
- ตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count) เพื่อวินิจฉัยแยกโรคภาวะเม็ดเลือดแดงมาก และเพื่อประเมินภาวะเลือดจางที่พบในโรคหนังแข็ง
- ตรวจหาสารไครโอโกลบูลิน (cryoglobulin) และระดับโกลบูลิน (globulin) ในเลือด เพื่อวินิจฉัยแยกโรคไครโอโกลบูลินนีเมียและโรคพาราโปรตีนนีเมีย
- ตรวจวัดอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (erythrocyte sedimentation rate; ESR) และโปรตีนซีรีแอคทีฟ (C-reactive protein) เพื่อวินิจฉัยแยกโรคที่มีการอักเสบ เช่น โรคหลอดเลือดอักเสบ เป็นต้น

2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนรักษา ได้แก่

- ตรวจเลือดประเมินการทำงานของไต และปัสสาวะ (urinalysis) เพื่อประเมินพยาธิสภาพที่ไต
- ตรวจภาพรังสีปอด (chest radiography) และสมรรถภาพปอด (pulmonary function test) เพื่อหาพยาธิสภาพในปอดที่พบในโรคหนังแข็งและประเมินสมรรถภาพปอดก่อนการรักษา
- ตรวจภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) และการบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiogram) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตามการรักษา
- ตรวจวัดระดับเอนไซม์ครีเอทีน ไคเนส (creatin kinase) เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้ออักเสบ

ผลการตรวจสืบค้นเพิ่มเติมพบ

- ห่วงหลอดเลือดฝอยขนาดยักษ์จากการส่องตรวจหลอดเลือดฝอยที่สันเล็บดังภาพที่ 3
- แอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีและแอนติเซนโตรเมียมแอนติบอดีให้ผลบวก
- แอนติเอสซีแอล-70 ให้ผลลบ และตรวจไม่พบสารโครีโอโกลบูลิน
- ผลตรวจนับเม็ดเลือด การทำงานของไต ระดับโกลบูลิน ระดับเอนไซม์ครีเอตินีน ไคเนส อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดงและโปรตีนซีรีแอคตีฟอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ภาพรังสีปอด สมรรถภาพปอด ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ



ภาพที่ 3 แสดงลักษณะห่วงหลอดเลือดฝอยขนาดยักษ์จากการส่องตรวจหลอดเลือดฝอยที่สันเล็บ (ลูกศร) (คัดลอกจาก ชิงชิง ฟู่เจริญ)⁽⁴⁾

การวินิจฉัยโรค

โรคที่เป็นไปได้มากที่สุดของผู้ป่วยรายนี้ คือ โรคหนังแข็ง หากพิจารณาจากเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์โรคข้อของประเทศสหรัฐอเมริกา (American College of Rheumatology; ACR)⁽⁵⁾ โดยต้องมีเกณฑ์การวินิจฉัยหลัก (major criteria) 1 ข้อ หรือเกณฑ์การวินิจฉัยรอง (minor criteria) อย่างน้อย 2 ข้อ ได้แก่

เกณฑ์การวินิจฉัยหลัก

ผิวหนังแข็งเหนือต่อระดับข้อโคนนิ้วมือ (metacarpophalangeal joint) และโคนนิ้วเท้า (metatarsophalangeal joint)

เกณฑ์การวินิจฉัยรอง

ผิวหนังแข็งเฉพาะนิ้วมือ นิ้วเท้า (sclerodactyly)

มีแผลเป็นเป็นรอยบุ๋มที่ปลายนิ้วมือ (digital pitting scar) หรือไขมันใต้ผิวหนัง บริเวณปลายนิ้วมือ หายไป (loss of digital fat pad)

ปอดมีพังผืด (pulmonary fibrosis)

พบว่าลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยยังไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัย คือ มีเพียงเกณฑ์การวินิจฉัยรองเพียง 1 ข้อ ได้แก่ มีแผลเป็นเป็นรอยปุ่มที่ปลายนิ้วมือ เนื่องจากเกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวมีความไวในการวินิจฉัยโรคหนังแข็งในระยะแรกไม่เพียงพอ แต่หากพิจารณารายละเอียดของเกณฑ์ที่ใช้จัดแบ่งประเภทของโรคหนังแข็งตามระบบที่ปรับปรุงขึ้นใหม่ในปี ค.ศ. 2013 (ตารางที่ 1) โดยจะให้การวินิจฉัยเป็นโรคหนังแข็งตามระบบเมื่อคะแนนรวมของลักษณะทางคลินิกมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จะพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะที่เข้าได้กับโรคหนังแข็งระยะแรก ปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็น 3 คะแนน นิ้วมือบวมถึง 2 คะแนน แอนตินิวเคลียร์แอนติบอดีและแอนติเซนโตรเมียมแอนติบอดีให้ผลบวก 3 คะแนน และพบห่วงหลอดเลือดฝอยขนาดยักษ์ 2 คะแนน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยรายนี้จะยังไม่มีลักษณะผิวหนังแข็งถึงให้เห็นชัดเจน แต่จากผลตรวจสืบค้นเพิ่มเติมช่วยทำนายได้ว่าผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งจำกัด (limited cutaneous systemic sclerosis) เนื่องจากผลตรวจสืบค้นเพิ่มเติมพบ แอนติเซนโตรเมียมแอนติบอดีให้ผลบวก ซึ่งเป็นผลตรวจวิทยาเสริมที่พบได้ในโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งจำกัด⁽⁶⁾

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การวินิจฉัยที่ช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยโรคหนังแข็งในระยะแรก⁽⁷⁾

ลักษณะทางคลินิก	ลักษณะทางคลินิกย่อย	คะแนน
ผิวหนัง	ผิวหนังแข็งเหนือต่อระดับข้อโคนนิ้วมือ	9
	นิ้วมือบวมถึง	4
	ผิวหนังแข็งเฉพาะนิ้วมือ นิ้วเท้า	2
รอยโรคที่ปลายนิ้ว	แผลปลายนิ้ว	2
	แผลเป็นเป็นรอยปุ่มที่ปลายนิ้วมือ	3
หลอดเลือดฝอยพอง (telangiectasia)		2
หลอดเลือดฝอยที่สันเล็บผิดปกติ		2
ปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็น		3
สารภูมิคุ้มกันต้านทานตนเองที่สัมพันธ์กับโรคหนังแข็ง		3

การวางแผนการรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งจำกัด ในระยะแรกจึงยังไม่พบพยาธิสภาพที่อวัยวะภายใน และปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถหยุดการดำเนินโรคได้ การรักษาจึงเน้นรักษาตามอาการและประคับประคองซึ่งประกอบด้วย

- ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ได้แก่⁽⁴⁾
 - ประคบอุ่น สวมถุงมือผ้าเพื่อเลี่ยงอากาศเย็น
 - เลี่ยงการทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดแผลบริเวณปลายนิ้วมือ และตามปุ่มกระดูก เนื่องจากอาจทำให้แผลหายช้าและติดเชื้อง่าย

- เลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนที่สูบบุหรี่ เนื่องจากมีโอกาสทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งเป็นเหตุส่งเสริมให้ปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นแฉะ
- หมั่นทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองโดยเฉพาะบริเวณข้อมือ ข้อต่อขากรรไกร เพื่อไม่ให้ข้อติด โดยอาจประคบอุ่นบริเวณข้อที่ปวดตึงก่อนทำการบริหาร
- อาบน้ำอุ่นพอสบายแต่ต้องไม่ร้อนจัด ใช้สบู่อ่อนและถูร่างกายเบาๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ผิวแห้งแตก และควรใช้ครีมหรือโลชั่นทาผิวเพื่อไม่ให้ผิวแห้งจนเกินไป
- ควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่รับประทานหลายครั้งต่อวัน ควรเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน และควรนั่งพักหลังจากรับประทานอาหารเสร็จอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ไม่ควรนอนทันทีเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะกรดไหลย้อน
- ดูแลสุขภาพในช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอ
- หมั่นตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง หากพบว่าความดันโลหิตสูงผิดปกติควรรับปรึกษาแพทย์
- รักษาปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นโดยให้ยาขยายหลอดเลือดกลุ่มยับยั้งช่องแคลเซียม (calcium channel blocker) เช่น ยาไนเฟดิพีน (nifedipine) เริ่มที่ขนาด 10 มก./วัน และค่อยๆ ปรับขนาดจนควบคุมอาการได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงจากยา ขนาดสูงสุดไม่เกิน 60 มก./วัน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแผนและติดตามการรักษาต่อไป

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็น (Raynaud's phenomenon) มีลักษณะทางคลินิกแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกมีนิ้วมือนิ้วเท้าซีด ต่อมาเริ่มเปลี่ยนเป็นสีเขียว และอาจมีอาการปวดหรือชาร่วมด้วย ภายหลังจากที่ทำให้อุ่น นิ้วมือนิ้วเท้าจะกลับเป็นสีแดง (ซีด-เขียว-แดง)⁽¹⁾ เดิมทีได้มีการแบ่งลักษณะทางคลินิกของปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นเป็น Raynaud's disease ซึ่งเกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุและ Raynaud's syndrome ซึ่งเกิดขึ้นโดยมีสาเหตุหรือโรคร่วม⁽⁸⁾ แต่ปัจจุบันได้เปลี่ยนคำนิยามใหม่เป็น primary Raynaud's phenomenon หรือปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดปฐมภูมิซึ่งเกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุและ secondary Raynaud's phenomenon หรือปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดทุติยภูมิซึ่งเกิดขึ้นโดยมีสาเหตุหรือโรคร่วม⁽¹⁾ เหตุที่ต้องมีการแบ่งลักษณะทางคลินิกดังกล่าวก็เพื่อประโยชน์ในการวางแผนรักษา กล่าวคือ ไม่มีความจำเป็นต้องให้การรักษาในกรณีที่ เป็นชนิดปฐมภูมิเนื่องจากสามารถหายได้เอง ความแตกต่างระหว่างปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความแตกต่างระหว่างปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิ (คัดลอกจาก ซิงซิง พูเจริญ)⁽⁴⁾

ลักษณะทางคลินิก	ปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดปฐมภูมิ (primary Raynaud's phenomenon)	ปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดทุติยภูมิ (secondary Raynaud's phenomenon)
อายุที่เริ่มแสดงอาการ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	มากกว่า 30 ปี
แบบแผนของอาการ	เป็นแบบสมมาตร	เป็นแบบไม่สมมาตร
การอุดตันของหลอดเลือด (vascular occlusion)	ไม่พบ	พบได้
เนื้อตายเน่าที่นิ้ว	ไม่พบ	พบได้
หลอดเลือดฝอยที่สันเล็บ	ปกติ	ผิดปกติ
แอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี (antinuclear antibody)	ให้ผลลบหรือให้ผลบวกไตเตอร์ต่ำ	ให้ผลบวก
อัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (erythrocyte sedimentation rate)	ปกติ	สูง

- ปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดทุติยภูมิเกิดได้จากหลายสาเหตุ ดังตารางที่ 3 ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกายจึงมีส่วนสำคัญในการวินิจฉัยแยกโรค

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุของปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดทุติยภูมิ (คัดลอกจาก ซิงซิง พูเจริญ)⁽⁴⁾

Rheumatic diseases	Malignant diseases
Systemic sclerosis	Ovarian carcinoma
Systemic lupus erythematosus	Angiocentric lymphoma
Dermatomyositis/polymyositis	Vasospastic disorders
Rheumatoid arthritis	Migraine or vascular headaches
Takayasu arteritis	Prinzmetal angina
Giant cell arteritis	Abnormal blood elements
Thromboangiitis obliterans	Cryoglobulinemia
Mechanical injury	Cold agglutinins
Vibration (hand arm vibration syndrome)	Paraproteinemia
Frost bite	Polycythemia
Recurrent trauma or injury to large vessels	Chemical or drugs
Crutch pressure	Beta blockers
Thoracic outlet syndrome	Ergots
Arterial diseases	Methylsergide
Brachiocephalic atherosclerosis	Interferon alfa and beta
Endocrine disorders	Bleomycin
Carcinoid syndrome	Vinblastine
Pheochromocytoma	Infections
Hypothyroidism	Parvovirus B19

- สาเหตุของปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นชนิดทุติยภูมิที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคหนังแข็ง ในทางกลับกันร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคหนังแข็งมีปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นร่วมด้วย⁽⁹⁾ ผู้ป่วยบางรายมีปรากฏการณ์นิ้วมือ นิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นมาก่อนอาการผิวหนังแข็งเป็นเวลาหลายปี⁽³⁾
- โรคหนังแข็งเป็นโรคที่มีเนื้อเยื่อพังผืดแทรกอยู่ในชั้นผิวหนังและอวัยวะภายในมากผิดปกติ ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการวินิจฉัยกรณีที่มือมีการและอาการแสดงของผิวหนังแข็งชัดเจน แต่จะมีปัญหาในการวินิจฉัยกรณีที่เริ่มเป็นโรคหนังแข็งในระยะแรก เนื่องจากมีอาการและอาการแสดงนำได้หลายอย่าง เช่น นิ้วมือบวมตึง นิ้วมือหรือนิ้วเท้าซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็น ผิวหนังบวมตึง ผิวหนังแข็งเฉพาะนิ้วมือ นิ้วเท้า เป็นต้น⁽³⁾ กรณีที่สงสัยโรคหนังแข็งแต่ยังตรวจไม่พบ

ลักษณะผิวหนังแข็งชัดเจน แนะนำให้ส่องตรวจหลอดเลือดฝอยบริเวณเนื้อเยื่อฐานเล็บ และ ส่องเลือดตรวจวิทยาเซรุ่ม ได้แก่ แอนตินิวเคลียร์แอนติบอดี แอนติเซนโตรเมียแอนติบอดี และแอนติเอสซีแอล-70 เพื่อช่วยวินิจฉัย⁽¹⁰⁾ การตรวจวิทยาเซรุ่มแม้ว่าจะทำได้จำกัดในบางสถาบัน แต่การตรวจวิทยาเซรุ่มนั้นนอกจากมีส่วนช่วยสร้างความมั่นใจในการวินิจฉัยแล้ว ยังช่วยประเมิน ความรุนแรงของโรคอีกด้วย โดยพบว่าหากผลตรวจแอนติเอสซีแอล-70 ให้ผลบวก ผู้ป่วย จะมีโอกาสเป็นโรคหนังแข็งชนิดหนังแข็งกระจาย (diffuse cutaneous systemic sclerosis) ซึ่งมีผิวหนังแข็งตึงทั่วทั้งตัวและมีโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่อวัยวะภายในได้⁽¹¹⁾ กรณีที่ไม่แน่ใจ ในการวินิจฉัยแนะนำให้ส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัย วางแผนและติดตามการรักษาต่อไป

- ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถหยุดการดำเนินโรคของโรคหนังแข็งได้ การ รักษาเน้นการรักษาตามอาการและประคับประคอง (ตารางที่ 4) จนกว่าโรคจะเข้าสู่ระยะสงบ หรือหายได้เอง และเฝ้าระวังติดตามการเกิดพยาธิสภาพที่อวัยวะภายในรวมทั้งภาวะแทรกซ้อน จากการรักษา

ตารางที่ 4 แสดงการรักษาโรคหนังแข็งโดยอิงตามอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพ (คัดลอกจาก ชิงชิง ฟูเจริญ)⁽⁴⁾

ลักษณะทางคลินิก	การรักษา
นิ้วมือซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็น (Raynaud's phenomenon)	ยาขยายหลอดเลือดกลุ่มยับยั้งช่องแคลเซียม (calcium channel blocker) หรือสารคล้ายพรอสตาไซคลิน (prostacyclin analogue)
ถุงลมอักเสบ (alveolitis)	ยาเพรดนิโซโลน (prednisolone) ร่วมกับยากดภูมิคุ้มกันไซโคล ฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide)
ความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (pulmonary hypertension)	ยาขยายหลอดเลือด • กลุ่มยับยั้งช่องแคลเซียม (calcium channel blocker) • สารต้านเอ็นโดธีลิน-1 (endothelin 1 antagonist) • สารคล้ายพรอสตาไซคลิน (prostacyclin analogue) • สารยับยั้งฟอสโฟไดเอสเทอเรส (phosphodiesterase inhibitor) และหรือร่วมกับยาขับปัสสาวะ (diuretic) และออกซิเจนสูดดม
กรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux)	สารต้านตัวสูบโปรตอน (proton pump inhibitor) ร่วมกับยา กลุ่มโปรไคเนติก (prokinetic)
ท้องผูก (constipation)	ยาระบาย (laxative agent)
ท้องเสีย (diarrhea)	ยาปฏิชีวนะ (antibiotic) เพื่อรักษาภาวะแบคทีเรียเกิน (bacterial overgrowth)
ภาวะไตวิกฤต (renal crisis)	ยาลดความดันโลหิตกลุ่มสารต้านแองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ติง เอนไซม์ (angiotensin converting enzyme inhibitor) และหรือร่วมกับการล้างไต
หัวใจล้มเหลว (heart failure)	ยาขับปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง

1. Block JA, Sequeira W. Raynaud's phenomenon. Lancet. 2001 Jun 23;357:2042–8.
2. Goundry B, Bell L, Langtree M, et al. Diagnosis and management of Raynaud's phenomenon. BMJ 2012;344:e289.
3. Silver RM. Clinical aspects of systemic sclerosis (scleroderma). Ann Rheum Dis 1991;50 Suppl 4:854–61.
4. ชิงชิง พุเจริญ. ผู้ป่วยรายที่ 18 นิ้วมือซีดเขียวง่ายเมื่อสัมผัสความเย็นในโรคหนังแข็ง. In: ตำราการเข้าถึงการวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยอิงจากกรณีศึกษา. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554. p. 120–9.
5. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Arthritis Rheum 1980;23:581–90.
6. Kuwana M. Autoantibodies in the early diagnosis of systemic sclerosis. Clin Exp Rheumatol 2010;18–9.
7. Pope JE, Johnson SR. New Classification Criteria for Systemic Sclerosis (Scleroderma). Rheum Dis Clin North Am 2015;41:383–98.
8. Birnstingl M. The Raynaud syndrome. Postgrad Med J 1971;47:297–310.
9. Denton CP, Black C. Raynaud's phenomenon and scleroderma. In: ABC of rheumatology. London: BMJ Publishing Group Ltd 2004:87–91.
10. Walker JG, Fritzler MJ. Update on autoantibodies in systemic sclerosis. Curr Opin Rheumatol 2007;19:580–91.
11. Foocharoen C, Suwannachat P, Netwijitpan S, et al. Clinical differences between Thai systemic sclerosis patients with positive versus negative anti-topoisomerase I. Int J Rheum Dis 2014 Oct 8; doi: 10.1111/1756-185X.12492.

Chief complaint

ปัสสาวะราดมา 1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาล

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี อาชีพ
ข้าราชการบำนาญ ภูมิลำเนา จังหวัด
ขอนแก่น

นิพนธ์โดย :

แพทย์หญิงมัญญา มัญญา

แพทย์หญิงปณิศา ลิ้มปะวัฒน์

Present illness

1 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปัสสาวะราด สังเกตว่า
เป็นช่วงเวลามีอาการไอ หรือจาม แต่ออกมาปริมาณไม่มาก
ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ครั้งนั้น ได้ไปพบแพทย์ แพทย์สอนให้
ทำ Kegel exercise อาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการบ้าง นานๆ ครั้ง

1 สัปดาห์ก่อนมา อาการเป็นถี่ขึ้น เป็นทุกครั้งที่ไอ และ
ช่วงที่ลุกขึ้นยืนหรือยกของหนัก โดยเฉพาะตอนกลางวัน จนต้อง
ใส่ผ้าอนามัยไว้ตลอด ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด ไม่มีปัสสาวะขุ่น
หรือมีกลิ่นผิดปกติ ไม่มีอาการปัสสาวะไม่สุด อาการไม่ดีขึ้นจึงมา
พบแพทย์ที่โรงพยาบาล

Past history

มีโรคประจำตัวเป็น ความดันโลหิตสูง วินิจฉัยมา 2 ปี เดิม
รับประทาน hydrochlorothiazide (HCTZ) 12.5 มก./วัน 2 เดือน
ก่อนมาติดตามเรื่องความดันโลหิตสูงตามนัด ควบคุมความดันไม่ได้
แพทย์จึงเพิ่มยา enalapril 5 มก./วัน, doxazosin 2 มก./วัน หมด
ประจำเดือนตั้งแต่อายุ 50 ปี

Social history

อยู่กับสามี สุขภาพแข็งแรงดี สมรสแล้วมีบุตร 3 คน คลอด
ทางช่องคลอดที่โรงพยาบาล บุตรอยู่ต่างจังหวัด มาเยี่ยมเดือนละ 1
ครั้ง จบการศึกษาปริญญาตรี เดิมทำงานเป็นครู สอนภาษาไทยระดับ
ประถม หลังเกษียณราชการอายุ 60 ปี อยู่บ้านเฉยๆ

Activities of Daily living

เดินได้เอง ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม่เคยหกล้มในช่วง 12
เดือนที่ผ่านมา ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ขับรถไปซื้อของที่ตลาดใกล้
บ้านประมาณ 10 กม. ได้หยิบยาเอง กลับจากธุระได้กลับปัสสาวะไม่ได้
มาประมาณ 1 ปี

ผลการตรวจร่างกาย

Vital signs:	Temperature 37 °C, PR 80/min, regular, BP 138/72 mmHg, RR 16/min
General appearance:	Good consciousness
HEENT:	No pale conjunctivae, no icteric sclera, no skin signs of chronic liver stigmata, no palpable cervical, axillary and inguinal lymph nodes
Heart:	Normal S1S2, no heaving, no murmur
Lungs:	Normal breath sound, no adventitious sound
Abdomen:	Active bowel sound, liver and spleen were not palpable, no palpable mass, and empty rectum on per rectal examination
Extremities:	No legs edema
Neurological system:	No neurological deficit, MMSE 28/30

สรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วย

1. Acute on top persistent urinary incontinence
2. Underlying hypertension

แนวทางการวินิจฉัย

ผู้ป่วยหญิงรายนี้เริ่มแรกมาพบแพทย์ด้วยอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้ โดยมีอาการมาทั้งหมด 1 ปี ซึ่งเข้าได้กับภาวะ persistent or chronic urinary incontinence เนื่องจากมีอาการมากกว่า 6 เดือน และคิดถึงชนิด stress incontinence มากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการสัมพันธ์กับช่วงเวลาที่การเพิ่มแรงดันในช่องท้อง เช่น เวลาไอ หรือจาม ภาวะนี้สัมพันธ์กับการที่มีการหย่อนของกล้ามเนื้อกระบังลม (pelvic floor dysfunction) ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีความเสี่ยงในการเกิดกระบังลมหย่อนเนื่องจากเป็นเพศหญิง เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดมาก่อนหลายครั้ง อายุมาก เนื่องจากภาวะนี้สัมพันธ์กับการที่มีการขาดเอสโตรเจน จากประวัติของผู้ป่วยรายนี้ตอนแรกแพทย์ได้แนะนำให้ทำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการปัสสาวะ (Kegel exercise) ซึ่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและคงที่ตลอดมา การให้ยา HCTZ ในผู้ป่วยที่มีอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้โดยทั่วไปนั้นควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากมีผลให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดปัสสาวะกลั้นไม่ได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้รับประทานยานี้นาน และสามารถควบคุมอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้มาก่อน จึงไม่น่าเป็นสาเหตุหลักของอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้ในครั้งนี้ โดยครั้งนี้ มาด้วยอาการแสบใน 1 สัปดาห์ ดังนั้น จึงต้องหาสาเหตุอื่นเพิ่มเติม สำหรับสาเหตุมีดังต่อไปนี้คือ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องผูก ยา การดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน เป็นต้น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

Urine analysis: sp.gr 1.015, pH 6.5, WBC 0-1/HPF, RBC negative

จากประวัติของผู้ป่วยรายนี้ ที่มีการเพิ่มยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต อันได้แก่ enalapril และ doxazosin ทำให้สามารถตั้งสมมติฐานเบื้องต้นว่าสาเหตุที่ทำให้มีอาการแ่่งในผู้ป่วยรายนี้เป็นจากยา เนื่องจาก enalapril มีผลข้างเคียงคือ มีอาการไอ ซึ่งส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยที่มีภาวะ stress incontinence เนื่องจากการเพิ่มของแรงดันในช่องท้อง และ doxazosin ออกฤทธิ์ทำให้ท่อปัสสาวะมีการคลายตัว ทำให้เกิดเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ภาวะ stress incontinence แ่่งในผู้ป่วยรายนี้ได้ แต่อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยทุกรายควรจะมีการตรวจปัสสาวะ เพื่อหาว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ และผลตรวจในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบว่ามี การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าสาเหตุที่ทำให้แ่่งในผู้ป่วยรายนี้เป็นเนื่องจากยา

การวินิจฉัยโรค

drug-induced stress urinary incontinence

การตรวจสืบค้นเพิ่มเติม

ไม่จำเป็น

การวางแผนการรักษา

1. การรักษาเบื้องต้นคือ เปลี่ยนยาที่ใช้ในการควบคุมความดันโลหิต โดยหลีกเลี่ยงยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors, alpha adrenergic blockers และ diuretics นอกจากนี้ ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่อบริหารกระบังลมต่อ (Kegel exercise)
2. การรักษาทั่วไป ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน (lifestyle intervention) เช่น
 - งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน
 - ไม่ดื่มน้ำมากเกินไป 2 ลิตร/วัน
 - รับประทานอาหารที่มีกากใยร่วมกับฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลาเพื่อลดปัญหาท้องผูก จะมีส่วนช่วยลดความดันในช่องท้องซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะ stress incontinence
3. การรักษาจำเพาะ ควรส่งตรวจภายในว่ามีภาวะกระบังลมหย่อนร่วมด้วยหรือไม่ โดยการรักษาจำเพาะ ได้แก่ การผ่าตัด ส่วนการรักษาด้วยยา คือ การใช้ครีมเอสโตเจน ยาในกลุ่ม alpha-2 agonist และ duloxetine ประสิทธิภาพไม่ค่อยดี

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ (urinary incontinence) คือ ภาวะที่มีปัสสาวะออกมาโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ ภาวะนี้สามารถพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่พบในเพศหญิงมากกว่าประมาณ 2-3 เท่า และพบเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ โดยในประชากรทั่วไปพบประมาณร้อยละ 30 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในสถานดูแลผู้ป่วยสูงอายุ⁽¹⁾ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งในผู้สูงอายุ เพราะนอกจากพบได้บ่อยแล้ว ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในแง่ของสุขภาพกาย เช่น ปัสสาวะที่ราดออกมาจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ เพิ่มอุบัติการณ์ในการหกล้ม เป็นต้น

ส่วนในแง่ของสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวจะรู้สึกวุ่นวายไม่ปกติ มีภาวะซึมเศร้า อายุที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และไม่ยอมเดินทางออกนอกบ้าน⁽²⁾ สาเหตุของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้เกิดได้จาก 2 ปัจจัยหลักคือ

1. ความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะที่ควบคุมการปัสสาวะ (functioning lower urinary tract)
2. ความบกพร่องในความสามารถทางด้านร่างกายหรือจิตใจหรือความรู้ที่จะไปเข้าห้องน้ำ (the physical and cognitive ability to use a toilet)

ชนิดของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้^(1,3-5)

Stress urinary incontinence

คือภาวะที่มีปัสสาวะกลั้นไม่ได้ในขณะที่มีการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง เช่น การไอ จาม เบ่ง และสัมพันธ์กับท่าทาง เช่น การยืน สาเหตุเกิดได้จากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อกระบังลม เช่น ในขณะที่มีการตั้งครรภ์หรือช่วงวัยหมดประจำเดือน หรืออาจเกิดได้จากกล้ามเนื้อหูรูดที่ใช้ในการกลั้นปัสสาวะมีความผิดปกติ

Urge urinary incontinence

คือภาวะที่มีปัสสาวะกลั้นไม่ได้อันเนื่องมาจากการกระตุ้นกระเพาะปัสสาวะบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดปัสสาวะบ่อย สาเหตุเกิดจากกล้ามเนื้อ detrusor ที่ทำหน้าที่หดตัวในขณะที่ปัสสาวะ มีการทำงานที่มากเกินไปปกติ โดยอาจเป็นผลมาจากระบบปัสสาวะมีความผิดปกติ เช่น มีเนื้องอก หรือนิวโรในกระเพาะปัสสาวะ หรือเกิดจากโรคทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น พาร์กินสัน, ภาวะสมองขาดเลือด, ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

Overflow urinary incontinence

เป็นภาวะที่เกิดจากกล้ามเนื้อ detrusor อ่อนแรง หรือมีการอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง เช่น ต่อมลูกหมากโต หรือมีทั้งสองภาวะร่วมกัน ผู้ป่วยจะมีอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะไม่พุ่ง และมีปัสสาวะกลางคืน

Functional urinary incontinence

เกิดจากความผิดปกติที่นอกเหนือจากสาเหตุที่เกิดจากการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ แต่เกิดจากมีปัญหาด้านสมอง หรืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถไปเข้าห้องน้ำได้ ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญา (cognition) เช่น ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ซึ่งบางรายไม่ทราบว่า เมื่อไรตนต้องไปเข้าห้องน้ำ หรือบางรายจดจำวิธีการใช้ห้องน้ำไม่ได้ อีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (mobility) เช่น มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การที่ห้องน้ำอยู่ไกล หรือมีราวกันเตียงทำให้ลุกออกจากเตียงเองไม่ได้

แนวทางการประเมินและให้การวินิจฉัยผู้ป่วย⁽⁶⁾

1. การตรวจคัดกรองภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ในผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปทุกราย การคัดกรองผู้ป่วยมีความสำคัญและจำเป็น เนื่องจากพบว่ามีผู้ป่วยหลายรายที่ไม่ได้แจ้งอาการของตนเองแก่แพทย์ก่อน ซึ่งการคัดกรองนั้นจะทำได้โดยการถามคำถาม เช่น “เคยมีปัสสาวะไหลหรือกลั้นไม่ได้ออกมาโดยที่ไม่ได้ตั้งใจหรือไม่”

2. การชักประวัติแยกระหว่างภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ฉับพลัน (acute) คือ เกิดในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง หรือ persistent คือ เกิดภาวะดังกล่าวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและชักประวัติหาสาเหตุของภาวะดังกล่าว
 - ในรายที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบฉับพลัน ให้พยายามหาสาเหตุที่สามารถรักษาให้หายขาดหรือดีขึ้นได้บ้าง (treatable urinary incontinence) โดยหลักช่วยจำง่ายๆ (DIAPPERS) ดังตารางที่ 1^(4,7)
 - ในรายที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง ให้แยกว่าเป็นชนิดใด ได้แก่ stress, urge, mixed, overflow หรือ functional incontinence โดยแนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึกรายละเอียดของการปัสสาวะ โดยจะมีตั้งแต่รายละเอียดของการดื่มน้ำและอาหาร เช่น เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการเข้าห้องน้ำ ความถี่ของการมีปัสสาวะกลั้นไม่ได้ กิจกรรมช่วงที่มีอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยชนิดของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ให้ถูกต้องมากขึ้น⁽⁶⁾

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ที่สามารถรักษาได้^(4,7)

D	Delirium, depression
I	Infection, Inflammation
A	Atrophic vaginitis
P	Pharmaceutical (medication)
P	Psychological
E	Endocrine disorder (DM, DI, hypercalcemia)
R	Restrict mobility, renal insufficiency
S	Stool impaction

หมายเหตุ ยาที่เกี่ยวข้องกับภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้อาจแบ่งเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

- ยาที่ใช้รักษาโรคทางกายอื่น เช่น ยากลุ่ม angiotensin-converting enzymes (ACEIs), ยาที่ทำให้บวม เช่น กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs), ยากลุ่ม calcium-channel blockers และยาที่ทำให้ท้องผูก
- ยาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว เช่น ยากลุ่มต้านอาการทางจิต (antipsychotic drugs)
- ยาที่มีผลต่อการรับรู้ เช่น กลุ่มยาระงับประสาท-ยานอนหลับ (sedative and hypnotics), ยา Benzodiazepines และยากลุ่ม Anticholinergics เช่น ยากลุ่ม tricyclic antidepressants
- ยาที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract symptoms: LUTS) ได้แก่ กลุ่มยาขับปัสสาวะ เช่น hydrochlorothiazide ยาที่ลดความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ยากลุ่ม anticholinergics และ calcium channel blockers ยาที่ลดการทำงานของกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะ เช่น ยากลุ่ม alpha blockers

3. การตรวจร่างกายที่สำคัญได้แก่^(1,6)

- การคำนวณดัชนีมวลกาย เพราะโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้
- การประเมินสติปัญญา (cognitive function) และประเมินภาวะซึมเศร้า
- การประเมินการเคลื่อนไหว (mobility) เช่น การตรวจ Timed Up and Go test (TUG test) หากใช้เวลาเกิน 15 วินาที บอกได้คร่าวๆ ว่ามีปัญหาการเคลื่อนไหว เป็นต้น
- การตรวจร่างกายระบบประสาทอย่างละเอียด โดยเน้นที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor power) ของขาทั้งสองข้าง, การรับความรู้สึกรอบรูทวาร (perianal sensation) และรีเฟล็กซ์ bulbocavernosus (bulbocavernosus reflex)
- การคลำหน้าท้องเพื่อประเมินว่ามีกระเพาะปัสสาวะเต็ม (full bladder) หรือมีก้อนผิดปกติในอุ้งเชิงกรานหรือไม่
- การตรวจทางทวารหนักเพื่อตรวจดูว่ามีภาวะอุจจาระอัดแน่น (fecal impact) หรือไม่ รวมถึงประเมินขนาดของต่อมลูกหมากในเพศชายและการตรวจภายในเพศหญิง เพื่อหาภาวะผนังมดลูกบางและอักเสบ (atrophic vaginitis), uterine prolapse, cystocele หรือ urethrocele
- การทดสอบการไอ (cough test) คือ การให้ผู้ป่วยไอ หรือเบ่งขณะตรวจภายในเพื่อดูว่ามีปัสสาวะกลั้นไม่ได้ออกมาทางท่อปัสสาวะหรือไม่ในรายที่สงสัยภาวะ stress urinary incontinence^(2,7)

4. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- การตรวจปัสสาวะทั่วไป (urinary analysis) และการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ (urine culture) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการปัสสาวะกลั้นไม่ได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เพิ่งมีอาการมาไม่นาน การตรวจพบน้ำตาล โปรตีน หรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะอาจจะบ่งบอกถึงพยาธิสภาพอื่นๆ ในทางเดินปัสสาวะซึ่งอาจเป็นสาเหตุของภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้^(1,2)
- การตรวจเคมีของเลือด ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาล การทำงานของไต เกลือแร่ และแคลเซียมในเลือด⁽⁶⁾
- การตรวจ postvoid residual volume (PVR) ด้วยการใส่สายสวนปัสสาวะ หรือใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) เป็นสิ่งที่ควรทำในผู้ป่วยที่มีปัญหาปัสสาวะกลั้นไม่ได้ทุกรายก่อนที่จะทำการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด PVR ในคนปกติไม่ควรเกิน 50 มล. ในผู้สูงอายุยอมรับได้ไม่เกิน 100 มล. หากมีค่ามากกว่านี้ จะบ่งบอกถึงความผิดปกติในการบีบตัวของกล้ามเนื้อ detrusor หรือมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ถ้า PVR มีค่าเกิน 200 มล. เมื่อทำการตรวจซ้ำอีก 2 ครั้ง ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการส่งตัวผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทาง โดยทั่วไปภาวะ overflow incontinence จะวินิจฉัยเมื่อ PVR มากกว่า 400 มล.^(8,9)
- การเอกซเรย์ช่องท้อง อาจมีประโยชน์ในรายที่สงสัยว่ามีภาวะอุจจาระเต็มในช่องท้องที่การตรวจร่างกายอาจยังวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจน

- การตรวจทาง urodynamic เป็นการวัดความดันในกระเพาะปัสสาวะระหว่างที่มีน้ำไหลเข้าตัวกระเพาะปัสสาวะ ขณะกำลังถ่ายปัสสาวะ อาการปัสสาวะราดขณะที่มีน้ำไหลเข้ากระเพาะปัสสาวะ และผลจากการเบ่งปัสสาวะ ไม่จำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกราย ข้อบ่งชี้ในการตรวจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่ชัดหลังจากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด และกรณีที่ต้องรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขอาการปัสสาวะราด⁽⁵⁾

แนวทางการรักษา

ในผู้ป่วยที่เป็นชนิดที่เกิดฉับพลัน และพบสาเหตุ ก็ให้รักษาตามสาเหตุ ส่วนในรายที่เป็นเรื้อรังมีแนวทางการดูแลรักษา ดังนี้⁽³⁾

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา^(2,4,7,10)

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร คือ ให้งดสุราและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสม ไม่มากจนเกินไป
- ฝึกการเข้าห้องน้ำให้ตรงเวลา (bladder training) ในผู้ป่วย urge urinary incontinence
- ลดน้ำหนัก และงดสูบบุหรี่
- การออกกำลังกายกล้ามเนื้อกระบังลม (Kegel exercise) ในผู้ป่วย stress urinary incontinence และ urge urinary incontinence
- Devices: Sacral nerve stimulation ในผู้ป่วย urge urinary incontinence ที่อาการรุนแรง และรักษาด้วย bladder training และยาไม่ได้ผล
- Surgery รักษาผู้ป่วย stress urinary incontinence

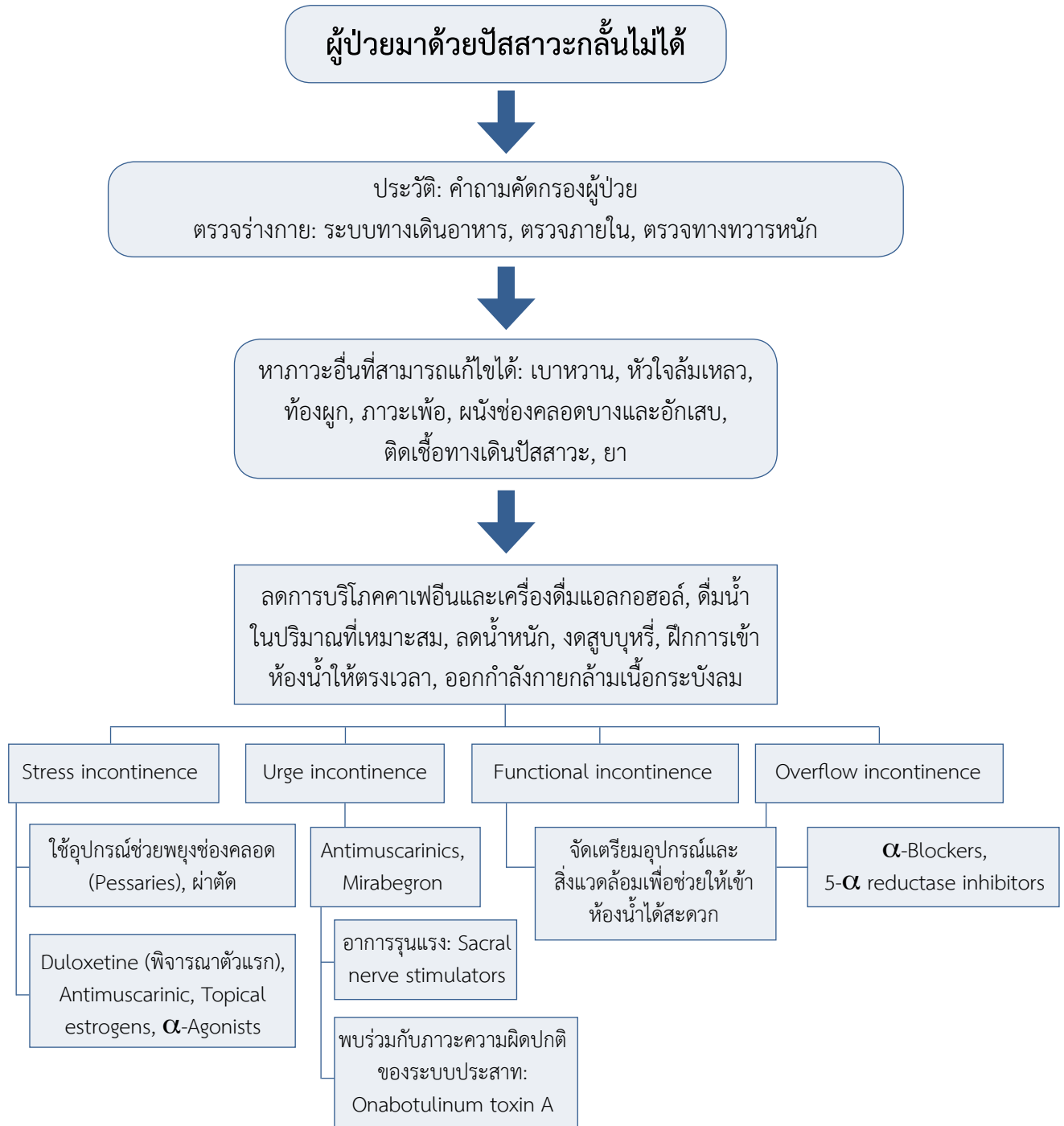
2. การรักษาโดยการให้ยา^(1,4,11)

- Antimuscarinics: oxybutynin, solifenacin, tolterodine มีฤทธิ์ลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ใช้ในผู้ป่วย urge urinary incontinence
- Duloxetine เป็นยาที่เลือกใช้เป็นตัวแรกในผู้ป่วย stress urinary incontinence
- α -agonists ใช้ในผู้ป่วย stress urinary incontinence
- Oral and topical estrogen therapy: ในผู้ป่วย stress urinary incontinence
- Botulinum Toxin ใช้ในผู้ป่วย detrusor overactivity ที่สัมพันธ์กับ neurologic condition
- Mirabegron (new β_3 -adrenergic receptor agonist) ใช้ในภาวะ overactive bladder

สรุป

แนวทางการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้ แสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 สรุปการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะปัสสาวะกลั้นไม่ได้⁽¹⁾



เอกสารอ้างอิง

1. Cook K, Sobeski LM. Urinary incontinence in the older adult. PSAP 2013;3-20.
2. Thirugnanasothy S. Managing urinary incontinence in older people. BMJ 2010;341:3835.
3. Santiago SK, Arianayagam M, Wang A, et al. Urinary incontinence-pathophysiology and management outline. Aust Fam Physician 2008;37:106-10.
4. Frank C, Szlanta A. Office management of urinary incontinence among older patients. Can Fam Physician 2010;56:1115-20.
5. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น จำกัด; 2552.
6. วันทิน ศรีเบญจลักษณ์, ปณิดา ลิ้มปะวัฒนชะ. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ. อายุรศาสตร์อีสาน 2556;2:82-92.
7. Keilman LJ. Urinary incontinence: basic evaluation and management in the primary care office. Prim Care 2005;32:699-722.
8. Gibbs CF, Johnson TM, 2nd, Ouslander JG. Office management of geriatric urinary incontinence. Am J Med 2007;120:211-20.
9. Tannenbaum C, Perrin L, DuBeau CE, et al. Diagnosis and management of urinary incontinence in the older patient. Arch Phys Med Rehabil 2001;82:134-8.
10. O'Brien J, Austin M, Sethi P, et al. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. BMJ 1991;303:1308-12.
11. Griebing TL. Urinary incontinence in the elderly. Clin Geriatr Med 2009;25:445-57.

Chief complaint

มีอาการไอแห้งๆ 3 เดือนก่อนมา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 85 ปี
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา
จังหวัดขอนแก่น เดินทางช่วยเหลือ
ตัวเองได้

นิพนธ์โดย : นายแพทย์พรอนันต์ โตทอง

Present illness

มีอาการไอแห้งๆ เป็นมา 3 เดือน ไม่มีไอเป็นเลือด มีอาการ
เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดจาก 62 กก. เป็น 59 กก.
ไม่มีไข้ มีอาการอยู่ 1 เดือนไปพบแพทย์ที่คลินิก ได้ยาต้านจุลชีพ
ชนิดรับประทานรักษาปอดอักเสบ ไม่ทราบชนิด อาการไอไม่ดีขึ้น
ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ไม่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นวัณโรค
ประวัติอดีต เคยได้รับการผ่าตัดเต้านมข้างซ้ายเมื่อ 10 ปีก่อน ผลตรวจ
ชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งเต้านม ไม่ได้ฉายแสงหรือได้รับยาเคมีบำบัด ติดตาม
การรักษาและตรวจแมมโมแกรมทุกปี ผลตรวจปกติ

Past history

มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและ
กระดูกพรุน

ผลการตรวจร่างกาย

Vital signs:	Temperature 37.2 °C, PR 100/ min, regular, BP 120/75 mmHg, RR 14/min
General appearance:	Good consciousness and well co-operate
HEENT:	Not pale, no icteric sclera, no lymphadenopathy, no clubbing finger
Lymph nodes:	Impalpable
Heart:	Normal S1S2, no murmur
Lungs:	Trachea slightly shift to the right, mild decrease breath sound with coarse crepitation and rhonchi at right upper lung zone

Abdomen:	No surgical scar, no distension, normoactive bowel sound, soft, not tender, no hepatosplenomegaly
Extremities:	No pitting edema both legs

สรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วย

ไอเรื้อรังเป็นมา 3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมกับการตรวจร่างกายพบความผิดปกติที่ปอดด้านขวา ในผู้ป่วยหญิงสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและกระดูกพรุน

แนวทางการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรค

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการไอเป็นมา 3 เดือน ลักษณะไอไม่มีเสมหะ ไม่มีไอเป็นเลือดร่วมกับตรวจพบความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ มีประวัติการรักษาปอดอักเสบด้วยยาต้านจุลชีพแล้วไม่ดีขึ้น

ตำแหน่งรอยโรคทางกายวิภาคในระบบทางเดินหายใจที่ต้องคิดถึงคือ หลอดลมและรอยโรคที่เนื้อปอดเอง สาเหตุของการเกิดโรคอาจเป็นได้จาก⁽¹⁾ การติดเชื้อ ซึ่งเชื้อสาเหตุที่ทำให้การดำเนินโรคค่อยเป็นค่อยไปได้คือ เชื้อวัณโรค เป็นเชื้อที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของปอดกลีบบน ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมด้วยได้ ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำลงจนเกิน รอยโรคที่ตรวจพบเป็นบริเวณปอดกลีบบน นอกจากวัณโรคแล้วยังต้องแยกโรคปอดอักเสบจากเชื้อเมลิออยโดสิสไว้ด้วย ถึงแม้ไม่มีโรคประจำตัวที่เพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดังกล่าว เช่น เบาหวาน โรคไต ธาลัสซีเมีย เป็นต้น⁽²⁾ เนื้องอก เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมด้วย ต้องคิดถึงสาเหตุจากเนื้องอก โดยเฉพาะมะเร็งปอดที่มีการลุกลามมาที่หลอดลม ทำให้ตรวจร่างกายพบภาวะปอดแฟบได้เช่นเดียวกัน หรือมะเร็งที่ลุกลามจากอวัยวะอื่นมาที่ปอด เช่น มะเร็งเต้านม เป็นต้น ส่วนเนื้องอกธรรมดาชนิดอื่นที่พบได้ เช่น bronchial carcinoid, mucoepidermoid tumor ก็อาจพบได้ แต่คนไข้มักไม่มีเบื่ออาหาร น้ำหนักลดร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม การตรวจเพิ่มเติมทางรังสีจะช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค และวางแผนเพื่อตรวจเพิ่มเติมต่อไป

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลรังสีวิทยาเบื้องต้น

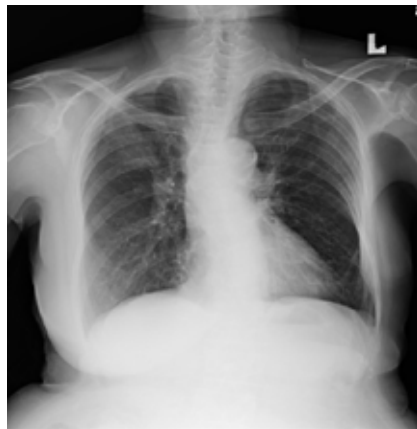
- CBC: Hb 11.7 g/dL, Hct 35%, MCV 80 fL RDW 14% WBC 10,500 cell/mm³ (PMN 70% L20% Monocyte 10%), Platelets 160,000 /mm³
- Blood sugar 110 mg/dL, BUN 17 mg/dL, serum creatinine 1.2 mg/dL
- Na 135 mEq/L, K 3.8 mEq/L, Cl 110 mEq/L, CO₂ 25 mEq/L
- Anti-HIV: non-reactive
- Sputum Gram stain: not seen organism, sputum AFB negative for 2 days

แรกผู้ป่วยได้ทำการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกพบความผิดปกติ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ภาพเอกซเรย์ทรวงอกปัจจุบันของผู้ป่วย

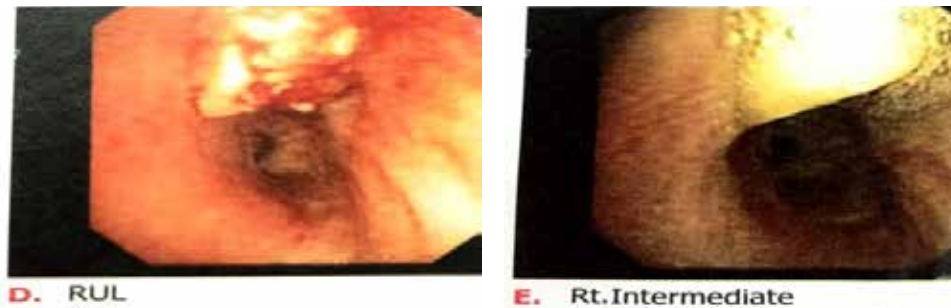
ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างมากคือ การทบทวนภาพถ่ายเอกซเรย์เดิมของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลในแง่การดำเนินโรคก่อนหน้านี้ได้เป็นอย่างดี ในผู้ป่วยรายนี้มีผลตรวจเอกซเรย์ทรวงอกเมื่อประมาณ 1 ปีก่อน (ภาพที่ 2)



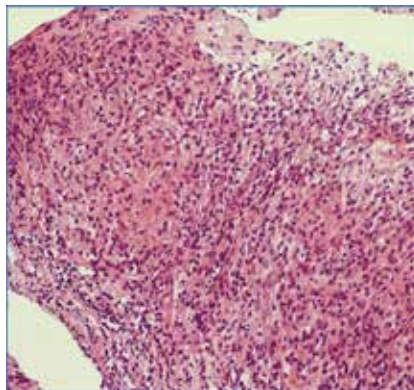
ภาพที่ 2 ภาพเอกซเรย์ทรวงอกเดิมของผู้ป่วย

จากภาพเอกซเรย์ทรวงอกเดิม ดังภาพที่ 2 พบมี reticular infiltration at right upper lung, absent of left breast shadow due to post left mastectomy แต่ภาพเอกซเรย์ทรวงอกในครั้งนี้อยู่ที่ภาพที่ 1 ถึงแม้จะมีการบิดหมุนจากท่าในการถ่ายภาพเอกซเรย์อยู่บ้าง แต่พบมี homogeneous density of right upper lung surround with reticulonodular infiltration, slightly trachea shift to the right, decrease of right lung volume and compensatory hyperaeration of left lung favor right upper lung atelectasis สิ่งตรวจพบอื่นคือ diffuse osteopenia, not seen lytic or blastic lesion, sharp of both costophrenic angles, normal cardio-thoracic ratio

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยรายนี้จะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคจากการย้อมเสมหะ แต่จากผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกเพิ่มเติมยังไม่สามารถยืนยันการวินิจฉัยแยกโรคได้ชัดเจนและไม่สามารถตัดวัณโรคออกไปได้เช่นกัน ผู้ป่วยจึงได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกและทำการตรวจส่องกล้องหลอดลม (fiberoptic bronchoscopy) พบตำแหน่งรอยโรคบริเวณหลอดลมปอดข้างขวากลับบน (ภาพที่ 3) และได้ทำการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพิ่มเติม ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 3 แสดงภาพจากการตรวจส่องกล้องหลอดลม พบรอยโรคบริเวณหลอดลมปอดข้างขวากลับบน



ภาพที่ 4 แสดงผลการตรวจทางพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อจากหลอดลมปอดข้างขวากลับบน

ผลวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

Endobronchial tissue from right upper lobe bronchus biopsy:

Chronic granuloma with tissue necrosis, AFB stain is positive; suggestive of tuberculosis.

การวินิจฉัยโรค

Endobronchial tuberculosis

แนวทางการรักษา

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันการวินิจฉัย วัณโรคหลอดลม ผู้ป่วยรายนี้จึงได้เริ่มการรักษาด้วยสูตรยาต้านวัณโรคด้วยยา 4 ชนิด ได้แก่ isoniazid (H), rifampicin (R), pyrazinamide (Z) และ ethambutol (E) โดยได้ปรับขนาดยาตามน้ำหนักตัวผู้ป่วย และปรับขนาดของ E ตามผลตรวจหน้าที่การทำงานของไต ให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น แนะนำให้บุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยรับการตรวจคัดกรองวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค และนัดติดตามการรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 สาเหตุของอาการไอเรื้อรังในผู้ป่วยผู้ใหญ่ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่^(1,2))

Post nasal drip

- Allergic rhinitis
- Chronic sinusitis

Gastroesophageal reflux disease (GERD)/laryngopharyngeal reflux (LPR)

Cough-variant asthma

Angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) medications

Pertussis (whooping cough)

Neurogenic

- Traumatic vagal injury
- Post-upper-respiratory infection neuropathy

Psychogenic

Chronic aspiration

Zenker's diverticulum

Foreign body

- Tracheobronchial tree
- Laryngopharynx
- Sinonasal
- External auditory canal

Chronic bronchitis

Bronchiectasis

Lung carcinoma

Subglottic stenosis

Tracheomalacia

Tracheoesophageal fistula

Tuberculosis

Sarcoidosis

Congestive heart failure

เมื่อพบผู้ป่วยที่มีไอเรื้อรัง คือมีอาการไอติดต่อกันนานเกินกว่า 8 สัปดาห์^(1,2) สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไอเกิดได้จากหลายสาเหตุ (ตารางที่ 1) การซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดจะช่วยให้แพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยและรักษา ตลอดจนสามารถเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไอเรื้อรังส่วนหนึ่งอาจจำเป็นต้องอาศัยการตรวจเพิ่มเติมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น การตรวจสมรรถภาพปอด การตรวจส่องกล้องหลอดลม การตรวจส่องกล้องทางเดินอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยไอเรื้อรังส่วนหนึ่งจะได้รับการรักษาแบบปอดอักเสบแล้วไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสืบค้นเพิ่มเติม⁽³⁾

วัณโรคหลอดลม (endobronchial tuberculosis: EBTB)

เป็นส่วนหนึ่งของวัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis) กลไกของพยาธิกำเนิดเกิดได้หลายกลไก ได้แก่ การลุกลามโดยตรงจากรอยโรคตั้งต้นในเนื้อปอด การฝังตัวของเชื้อวัณโรคจากเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคผ่านทางกระแสโลหิต การทำลายผนังหลอดลมจากเชื้อวัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด การกระจายของเชื้อผ่านทางท่อน้ำเหลือง มีรายงานการศึกษา⁽⁴⁾ ได้รวบรวมผู้ป่วย EBTB จำนวน 121 ราย พบว่าการย้อมเสมหะด้วยสีทึบตรวจหาเชื้อวัณโรค ซึ่งเป็นวิธีการตรวจวินิจฉัยที่ได้ข้างเดียงนั้นสามารถช่วยวินิจฉัยวัณโรคได้ไม่มากนักประมาณร้อยละ 17 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยืนยันการวินิจฉัยโรคจากการส่องกล้องหลอดลมเพิ่มเติมตำแหน่งรอยโรคเกินครึ่งของผู้ป่วยพบที่ปอดกลีบบน แต่อย่างไรก็ตามรอยโรคของปอดกลีบล่าง ไม่สามารถตัดการวินิจฉัยวัณโรคออกไปได้ ตำแหน่งของรอยโรคที่พบจากภาพถ่ายเอกซเรย์ของผู้ป่วยวัณโรคหลอดลมพบบ่อยที่ตำแหน่ง upper lung zone มากกว่าที่ middle หรือ lower lung zone⁽⁴⁾

นอกจากนี้ รายงานการศึกษาดังกล่าว⁽⁴⁾ ยังพบอีกว่าถึงแม้จะรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านวัณโรค การดำเนินโรคและพยากรณ์โรค ขึ้นกับลักษณะรอยโรคจากการส่องกล้องหลอดลมซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ประเภท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผู้ป่วย EBTB จำแนกตามลักษณะรอยโรคจากการส่องกล้องหลอดลม

Caseating type
Edematous hyperemic type
Granular type
Ulcerative type
Nonspecific bronchitis type
Tumorous type

ผู้ป่วยที่มี caseating และ edematous hyperemic type EBTB มีพยากรณ์โรคที่เลว เพราะผู้ป่วยจำนวนถึงสองในสามจะเกิดพังผืดและหลอดลมตีบตามมา ในขณะที่ผู้ป่วย granular, ulcerative และ nonspecific bronchitis type EBTB จะมีพยากรณ์โรคที่ดีกว่า และผู้ป่วย tumorous type EBTB

จะมีความซับซ้อนและเกือบทั้งหมดมีภาวะหลอดลมตีบตามมาแม้ว่าจะได้ยาต้านวัณโรคครบแล้วก็ตาม ผู้ป่วย EBTB ร้อยละ 60-95 จะมีภาวะหลอดลมตีบตามมาในระยะยาว ภาวะแทรกซ้อนอื่นคือ การเกิดหลอดลมโป่งพอง (bronchiectasis) ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซากเป็นๆ หายๆ รวมถึงมีภาวะไอออกเลือดตามมาได้

ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ การรักษาหลักในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐานนาน 6 เดือน (standard short course regimens: 2HRZE/4HR) โดยปรับขนาดของยาตามน้ำหนักตัวผู้ป่วย หากผลการเพาะเชื้อวัณโรคเป็นเชื้อดื้อยาให้การรักษาด้วยสูตรยาวัณโรคดื้อยา แนะนำการรักษาด้วยวิธีการสังเกตโดยตรง (directed observe therapy: DOTs) เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและความสำเร็จในการรักษา ยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ที่แสดงให้เห็นว่า การขยายระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคเป็น 9-12 เดือนจะได้ประโยชน์ ไม่มีประโยชน์ของการให้ยาต้านการอักเสบในกลุ่มสเตียรอยด์ว่าช่วยทำให้การดำเนินโรคดีขึ้น แตกต่างจากวัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจและวัณโรคระบบประสาทส่วนกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2006; 129 (Suppl): 1S-23S.
2. Simpson CB, Amin MR. Chronic cough: state-of-the-art review. Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 134(4):693-700.
3. Chalmers JD, Finch S. Sputum colour in non-CF bronchiectasis: the original neutrophil biomarker. Respirology 2014;19(2):153-4.
4. Lee JH, Park SS, Lee DH, et al. Endobronchial tuberculosis: clinical and bronchoscopic feature in 121 cases. Chest 1992; 102:990-4.
5. พรอนันต์ โดมทอง, วิภา รัชชัยพิชิตกุล, วัชรนา บุญสวัสดิ์. Treatment of Tuberculosis from WHO Guidelines 2010. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน. 2554; 10:1-12.

Chief complaint

เหนื่อยมากขึ้น 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 4

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 39 ปี อาชีพ
พนักงานบริษัท ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ

นิพนธ์โดย :

นายแพทย์รัชฎ์ สุวัจนวโรจน์

Present illness

3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ เวลาออกกำลังกาย ไม่มีไข้ ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่ไอ ขาไม่บวม นอนราบได้น้ำหนักไม่ลด อุจจาระปกติ ไม่มีปัสสาวะ

1 เดือน ก่อนมา อาการเหนื่อยเป็นมากขึ้น แต่ยังทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ รู้สึกหายใจลำบากและเหนื่อยเวลานอน ช่วงหลังต้องลุกมานั่งหลับรู้สึกอ่อนเพลีย และทำงานไม่ได้

Past history

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรัง ได้รับการฟอกเลือดสม่ำเสมอสัปดาห์ละสองครั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันได้รับยา amlodipine 10 มก. วันละ 2 ครั้ง, doxazosin 4 มก. วันละ 2 ครั้ง, atenolol 50 มก. วันละครั้ง, minoxidil 5 มก. วันละ 2 ครั้ง, folic acid วันละ 1 เม็ด, sodamint ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง, และ calcium carbonate 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง

ผลการตรวจร่างกาย

Vital signs:	Temperature 37.0 °C, PR 96/min, regular, BP 150/80 mmHg, RR 18/min
General appearance:	Good consciousness and well co-operate
HEENT:	Mildly pale conjunctiva, anicteric sclera no lymphadenopathy, normal thyroid gland

Heart:	JVP 7 cm above sternal angle, PMI at 6 th intercostal space in left midclavicular line, LV heaving, no thrill, normal S1 and S2, distant heart sound, no S3 and S4 gallop, no murmur, no pericardial rub
Lungs:	Normal breath sound, no adventitious sound
Abdomen:	No surgical scar, no distension, normoactive bowel sound, soft, not tender, palpable liver 2 fingerbreadth below right costal margin, blunt edge, firm, smooth surface, liver span 11 cm, no splenomegaly
Extremities:	Good thrill at left brachiocephalic AV graft, no leg edema
Neurological examination:	Unremarkable

สรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วย

อาการเหนื่อยมากขึ้นเรื่อยๆ ในช่วง 3 เดือน ร่วมกับหายใจลำบากเวลนอนราบ อ่อนเพลีย ในผู้ป่วยชาย ที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด

แนวทางการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรค

1. อาการเหนื่อยจากภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เนื่องจากมีอาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (orthopnea) และอ่อนเพลีย จากการที่เลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง ตรวจร่างกายพบเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (jugular vein distension) หัวใจโต มี point of maximum impulse (PMI) เลื่อนลงล่าง และคลำพบ left ventricular heaving สาเหตุอาจเป็นจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial disease) เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนา (left ventricular hypertrophy) จากโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังในผู้ป่วยไตวาย และมีเลือดคั่งในปอด (pulmonary congestion) แต่มีข้อแย้งคือ ฟังไม่พบเสียง S3 หรือ S4 gallop, ไม่ได้ยินเสียงปอดผิดปกติ (lung crepitation)
2. อาการเหนื่อย หายใจลำบากเมื่อนอนราบ อาจเป็นอาการจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial disease) เช่น การมีน้ำสะสมในถุงหุ้มหัวใจ (pericardial effusion)⁽¹⁾ การตรวจร่างกายพบเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง หัวใจโต ฟังเสียงหัวใจได้เบาไกล (distant heart sound) และตับโตซึ่งอาจเกิดจากภาวะเลือดคั่งในตับ (hepatic congestion) ทำให้นึกถึงได้ว่าการของผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากภาวะน้ำในถุงหุ้มหัวใจและภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว
3. อาการเหนื่อยจากภาวะความดันหลอดเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension) พบได้ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด หรือจากโรคของหัวใจห้องซ้ายใน

ผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง แต่อาการมักเป็นเรื้อรังจึงมักพบอาการแสดงของหัวใจห้องขวาล้มเหลวชัดเจน เช่น ขาบวมกดบวมทั้งสองข้าง หนึ่งตาบวม หรือท้องโตจากมีน้ำในช่องท้อง การตรวจคลำหัวใจพบ right ventricular heaving ฟังได้เสียง P2 ดังขึ้น และได้ยินเสียง murmur ของ tricuspid regurgitation

4. อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย จากภาวะช็อคในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ภาวะช็อคนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดหัวใจล้มเหลวชนิด high output ได้ แต่การตรวจร่างกายผู้ป่วยไม่พบอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวแบบ high output เช่น ชีพจรเต้นแรง (bounding pulse), pulse pressure กว้าง และฟังได้ยินเสียง mid systolic murmur บริเวณช่องซี่โครงที่สองหรือสามข้างซ้าย จึงอาจทำให้นึกถึงภาวะนี้น้อยลง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลรังสีวิทยาเบื้องต้น

- CBC: Hb 9.3 g/dL, Hct 28%, MCV 86 fL, RDW 17%, WBC 4,700 cell/mm³ (PMN 60% L38% Monocyte 2%), Platelets 142,000 /mm³
- BUN 92 mg/dL, serum creatinine 11.5 mg/dL
- Na 136 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 97 mEq/L, CO₂ 18 mEq/L, Ca 9 mg/dL, P 5.7 mg/dL
- Liver function test: albumin 3.6 g/dL, globulin 3.7 g/dL, total bilirubin 0.7 mg/dL, direct bilirubin 0.45 mg/dL, AST 83 U/L, ALT 65 U/L, ALP 81 U/L
- Anti-HIV: non-reactive
- Thyroid function test: Free T4 1.56 ng/dL (normal 0.93-1.71), Free T3 2.64 pg/mL (normal 2.02-4.43), TSH 2.84 mIU/mL (normal 0.27-4.2)
- ESR 8 mm/hr.
- ANA: negative
- Chest X-Ray: global-shaped cardiomegaly, no pulmonary congestion
- EKG: Normal sinus rhythm, poor progression of R waves

ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography)

- Good LV systolic function without wall motion abnormalities. Severe concentric LVH. Moderately dilated LA chamber. Normal RV, RA size and function.
- Mild TR. No pulmonary hypertension.
- Large amount of circumferential pericardial effusion without cardiac tamponade.

การส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยโรค

การเจาะถุงหุ้มหัวใจ (pericardiocentesis):

- Straw-colored fluid 1,000 มล.
- Cell count: RBC 50,000/ลบ.มม., WBC 9,110/ลบ.มม. (neutrophil 98%, lymphocyte 2%)
- Protein 4 กรัม/ดล., Sugar <10 มก./ดล.
- Pericardial fluid Gram's stain: no bacteria
- Pericardial fluid culture: no growth after 48 hours
- Pericardial fluid AFB: negative for AFB stain
- Pericardial fluid PCR for mycobacterium: negative
- Pericardial fluid ADA 4.76 ยูนิต/ลิตร
- Pericardial fluid ANA: negative
- Pericardial fluid cytology: Pericardial fluid showed small amount of macrophages and lymphocytes. No atypical cell was noted.

การวินิจฉัยโรค

สาเหตุของน้ำในถุงหุ้มหัวใจเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาจแบ่งได้เป็นสาเหตุจากโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุของน้ำในถุงหุ้มหัวใจ⁽¹⁾

โรคติดเชื้อ

เชื้อไวรัส

Enteroviruses (coxsackieviruses, echoviruses), herpesviruses, adenoviruses, parvovirus B19, HIV

เชื้อรา

Histoplasma spp, Aspergillus spp, Blastomyces spp, Candida spp

เชื้อแบคทีเรีย

Mycobacterium tuberculosis, Staphylococcus spp, Streptococcus spp, Haemophilus spp, Chlamydia spp, Mycoplasma spp, Leptospira spp

ปรสิต

Echinococcus spp, Toxoplasma spp

ตารางที่ 1 (ต่อ)

โรคไม่ติดเชื้อ

Autoimmune

SLE, Sjögren syndrome, rheumatoid arthritis, scleroderma, systemic vasculitides

เนื้องอก/มะเร็ง

ปฐุมภูมิ (primary): pericardial mesothelioma

มะเร็งแพร่กระจาย (metastasis): มะเร็งปอด, มะเร็งเต้านม, มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

เมตาบอลิก

Uremia, myxedema, hypoalbuminemia

การบาดเจ็บ (trauma)/การฉายรังสี (radiation)

ยา

Lupus-like syndrome (procainamide, hydralazine, methyldopa, isoniazid, phenytoin)

Antineoplastic drugs (doxorubicin, daunorubicin, cytosine arabinoside, 5-fluorouracil, cyclophosphamide)

Amiodarone, methysergide, clozapine, minoxidil, thiouracils, streptokinase

โรคอื่นๆ

Amyloidosis, aortic dissection, nephrotic syndrome, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ตับแข็งเรื้อรัง, ความดันโลหิตเฉียบพลันในปอดสูง

ไม่ทราบสาเหตุ

สาเหตุของภาวะน้ำในถุงหุ้มหัวใจในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากการฟอกเลือดไม่เพียงพอ (inadequate dialysis) หรือจากยา minoxidil ส่วนสาเหตุอื่นสามารถตัดออกได้จากประวัติและการตรวจร่างกาย ผลการตรวจเลือดและผลการตรวจน้ำในถุงหุ้มหัวใจ

การฟอกเลือดที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นสาเหตุให้เกิดน้ำในถุงหุ้มหัวใจได้ น้ำในถุงหุ้มหัวใจในภาวะนี้อาจพบได้ทั้ง neutrophils⁽²⁾ หรือ lymphocytes และปริมาณโปรตีนสูงกว่า 3 กรัม/ดล. ได้⁽³⁾ ปกติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรได้รับการฟอกเลือดสัปดาห์ละสามครั้ง ในรายนี้ได้รับการฟอกเลือดเพียงสัปดาห์ละสองครั้ง ตรวจร่างกายพบว่าซีด ผลตรวจเลือดพบค่าโซเดียมไบคาร์บอเนตต่ำ ค่าฟอสฟอรัสสูง และค่าอัลบูมินในเลือดค่อนข้างต่ำ บ่งชี้ว่าการฟอกเลือดอาจไม่เพียงพอ ควรให้อาหารแพทย์โรคไตประเมินความพอเพียงการฟอกเลือดเพิ่มเติม ภาวะนี้รักษาได้โดยเพิ่มความถี่ของการฟอกเลือด

นอกจากนี้ ยา minoxidil อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดน้ำในถุงหุ้มหัวใจ⁽⁴⁾ ยานี้เป็นยาลดความดันโลหิตที่มีผลขยายหลอดเลือดโดยตรง กลไกการเกิดน้ำในถุงหุ้มหัวใจไม่แน่ชัด⁽⁴⁻⁶⁾ เชื่อว่าส่วนหนึ่งเป็นผลจากกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่ทำให้เกิดภาวะน้ำคั่งในร่างกาย ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดน้ำในถุงหุ้มหัวใจเมื่อได้รับยา minoxidil⁽⁵⁾ และสามารถสะสมจนทำให้เกิด

การบีบรัดหัวใจ (cardiac tamponade) ได้⁽⁷⁾ ผลการวิเคราะห์น้ำในถุงหุ้มหัวใจในบางรายอาจเข้าได้กับ exudate โดยมีโปรตีนสูงกว่า 3 กรัม/ดล. ได้⁽⁶⁾

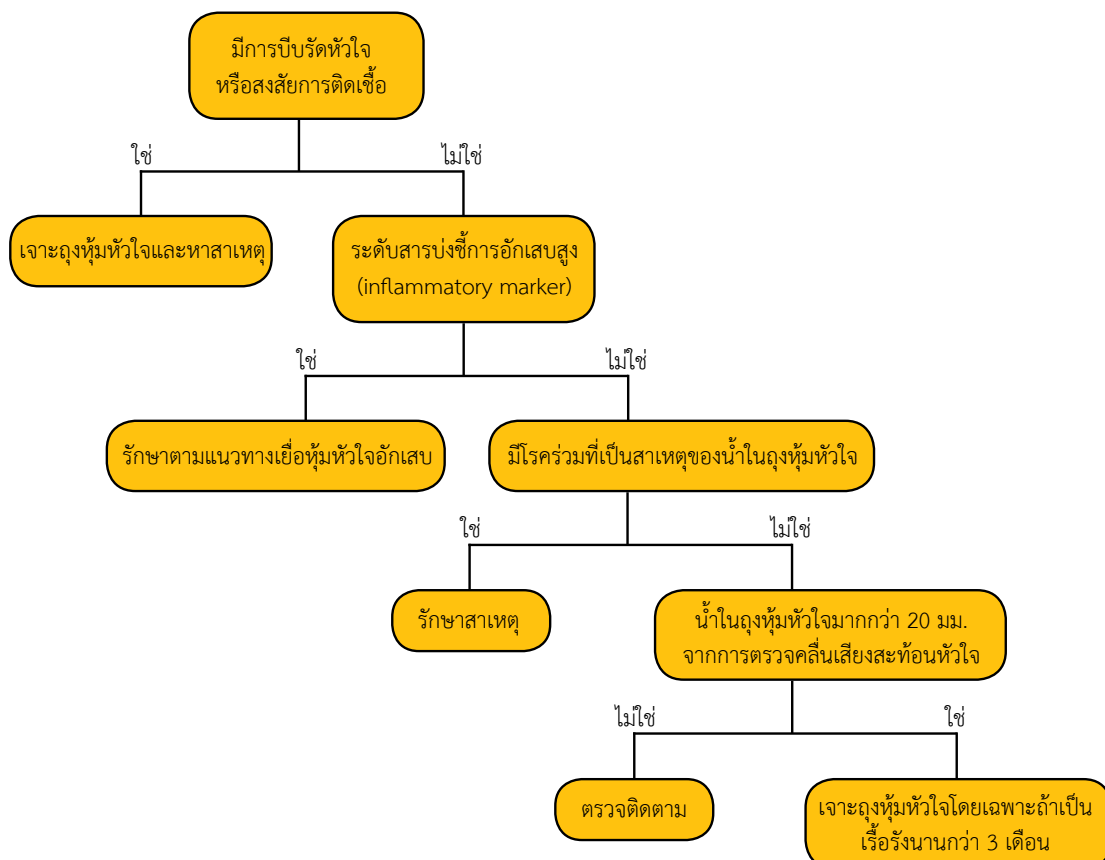
การวางแผนการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้เบื้องต้นได้รับการหยุดยา minoxidil และเจาะถุงหุ้มหัวใจเพื่อระบายน้ำบรรเทาอาการเหนื่อย เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติตรวจพบน้ำในถุงหุ้มหัวใจมาก่อนถึงแม้จะได้รับการฟอกเลือด 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ การตรวจร่างกายไม่พบอาการแสดงของเกลือและน้ำคั่งในร่างกาย จึงยังไม่เพิ่มความถี่ของการฟอกเลือด ถ้าน้ำในถุงหุ้มหัวใจเป็นผลจากยา การหยุดยาทำให้ภาวะน้ำในถุงหุ้มหัวใจหายได้โดยไม่กลับเป็นซ้ำ

หลังหยุดยาและตรวจติดตามภาวะน้ำในถุงหุ้มหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเป็นระยะ ไม่พบน้ำในถุงหุ้มหัวใจซ้ำ สนับสนุนว่าภาวะน้ำในถุงหุ้มหัวใจในผู้ป่วยรายนี้เกิดจากยา minoxidil

การรักษาภาวะน้ำในถุงหุ้มหัวใจโดยทั่วไปควรรักษาตามสาเหตุ ในกรณีที่พบเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) ร่วมด้วย ควรให้การรักษาตามแนวทางของเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการน้ำในถุงหุ้มหัวใจจนทำให้เกิดการบีบรัดหัวใจ สงสัยภาวะติดเชื้อและมะเร็งของน้ำในถุงหุ้มหัวใจ หรือไม่มีหลักฐานของเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแน่ชัด ควรเจาะส่งตรวจน้ำในถุงหุ้มหัวใจทุกราย แนวทางการสืบค้นและรักษาแสดงดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการสืบค้นและรักษาภาวะน้ำในถุงหุ้มหัวใจ⁽¹⁾



เอกสารอ้างอิง

1. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. European Society of Cardiology (August 2015).
2. Meyers DG, Meyers RE, Prendergast TW. The usefulness of diagnostic tests on pericardial fluid. Chest 1997;111:1213-21.
3. Sadjadi SA, Mashahdian A. Uremic pericarditis: A report of 30 cases and review of the literature. Am J Case Rep 2015;16:169-173.
4. Houston MC, McChesney JA, Chatterjee K. Pericardial effusion associated with minoxidil therapy. Arch Intern Med 1981;141:69-71.
5. Steven BD, Michael B. Minoxidil associated pericardial effusion: a case report. J Med Cases 2015;6(2):65-67.
6. Pleuropericardial effusion associated with minoxidil administration. Postgrad Med J 1982;58:319-320.
7. Pasala KK, Gujja K, Prabhu H, et al. Short-term minoxidil use associated with pericardial effusion and cardiac tamponade: an uncommon presentation. Am J Ther 2012;19; e186-8.

Chief complaint

เดินและทรงตัวลำบาก 2 เดือน

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 5

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 77 ปี ไม่ได้
ประกอบอาชีพ ภูมิลำเนา จังหวัด
ปทุมธานี

นิพนธ์โดย : นายแพทย์ประวิณ โล่ห์লেখ

Present illness

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเดินและทรงตัวลำบากร่วมกับรู้สึกขาที่ปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการอ่อนแรง ไม่เวียนศีรษะ ไม่ปวดศีรษะ

2 สัปดาห์ก่อนมา อาการเดินเซและทรงตัวลำบากเป็นมากขึ้น ต้องให้คนพยุง หากหลับตาจะไม่สามารถทรงตัวได้ อาการชาปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง เป็นมากขึ้น

3 วันก่อนมา ไม่สามารถเดินและทรงตัวได้เลย รู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ชาปลายเท้ามากขึ้น ไม่เวียนศีรษะ ไม่มีไข้ อุจจาระปัสสาวะปกติดี

Past history

เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รับประทานยา metformin 500 มก. 1 เม็ด เข้า เย็น ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ ไม่มีประวัติทรงตัวลำบากในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด และประวัติรับประทานยาชุด ยาลูกกลอน

ผลการตรวจร่างกาย

Vital signs: Temperature 37 °C, PR 80/min, regular, BP 120/80 mmHg, RR 20/min

General appearance: An elderly Thai woman, looking unwell, lying in bed, pale but alert

HEENT: Moderately pale conjunctivae, no icteric sclera, no thyroid gland enlargement, no lymphadenopathies, smooth and glossy tongue

Heart: Regular HR, normal S1, S2, no murmurs, no heaves/thrills

Lung:	Normal and equal breath sounds both lungs, no adventitious sounds
Abdomen:	Soft, no distension, not tender, no signs of chronic liver disease
Extremity:	No pitting edema, no rashes
Neurological examination:	- Cranial nerves: intact - Motor: normal power and tone in the upper extremities, mild weakness (grade 4) and increased tone both lower extremities - Sensory: decreased pinprick sensation and impaired position sense, vibration sense both feet up to knee level bilaterally - Reflexes: reflexes are 2+ and symmetric at the biceps and triceps, 3+ at both knees, but absent at both ankles. Plantar responses are extensor - Coordination: rapid alternating movements and finger-to-nose are intact - Gait: unsteady and unable to stand without support, Romberg test is positive

สรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วย

เดินเซและทรงตัวลำบากมากขึ้น 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อ่อนแรงและขาเท้าเล็กน้อย ประสาทสัมผัสการรับรู้การสัมผัสเย็นและการขยับของข้อลดลงที่ขาทั้งสองข้าง ตั้งแต่ระดับเข่าลงไป รีเฟล็กซ์ไวที่ข้อเข่าและหายไปข้อเท้า ชีต ลื่นไถลในผู้ป่วยหญิงสูงอายุที่มีโรคเบาหวาน

แนวทางการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรค

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการเดินเซและทรงตัวลำบากซึ่งมีลักษณะการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดไม่สามารถเดินและทรงตัวได้ จากการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงที่ขาเพียงเล็กน้อย ซึ่งไม่อธิบายสาเหตุของอาการเดินเซและทรงตัวลำบาก ไม่พบความผิดปกติของสมองส่วนซีรีเบลลัม เช่น อาการพูดไม่ชัด การกระเด้งไม่ถูกต้อง ไม่พบความผิดปกติของระบบเวสติบูลาร์ เช่น เสียงดังในหู คลื่นไส้ อาเจียน ตากระตุก แต่ตรวจพบอาการชาและความผิดปกติของการรับรู้การสัมผัสเย็นและการรับรู้ตำแหน่งของข้อตั้งแต่ระดับเข่าลงไป ซึ่งสอดคล้องกับอาการทรงตัวลำบากที่มีลักษณะเท่ากันทั้งสองข้าง เมื่อผู้ป่วยหลับตาแล้วมีอาการทรงตัวที่แย่ลง ดังนั้น อาการของผู้ป่วยรายนี้จึงเข้าได้กับการทรงตัวลำบากจากความผิดปกติของระบบประสาทรับความรู้สึกมากที่สุด

ตารางที่ 1 ลักษณะความแตกต่างของอาการทรงตัวลำบากจากสมองส่วนซีรีเบลลัมและระบบประสาทรับความรู้สึก

	สมองส่วนซีรีเบลลัม	ระบบประสาทรับความรู้สึก
เสียงพูด	พูดไม่ชัด (scanning speech)	ปกติ
อาการแสดงทางการเคลื่อนไหวของลูกตา	มีอาการตากระตุก หรือ ความผิดปกติของการกลอกลูกตา	ปกติ
การตรวจการรับความรู้สึก	ปกติ	ผิดปกติ
การตรวจ heel-shin	ผิดปกติ	ปกติ/ผิดปกติ
การตรวจการทรงตัวด้วยวิธี Romberg's test	ปกติ/ผิดปกติ	ผิดปกติ
การทรงตัวเมื่อผู้ป่วยหลับตา	เท่าเดิม	แย่ลง

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการรับความรู้สึกที่ผิดปกติ สามารถวางตำแหน่งความผิดปกติได้ทั้งจากความผิดปกติของเส้นประสาท รากประสาท ไขสันหลัง และสมอง จากการตรวจร่างกายในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีอาการชาร่วมกับเสียการรับรู้การสัมผัสและการรับรู้ตำแหน่งของข้อที่ระดับเข่าลงไปทั้งสองข้างร่วมกับพบรีเฟล็กซ์ที่ไวขึ้นที่ข้อเข่าแต่หายไปข้อเท้าและพบลักษณะการตอบสนองแบบ extensor plantar response ที่ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง ทำให้นึกถึงพยาธิสภาพที่เส้นประสาทส่วนปลายร่วมกับไขสันหลัง โดยเฉพาะส่วนของเส้นใยประสาท dorsal column ซึ่งมีหน้าที่ในการรับรู้การสัมผัสและการรับรู้ตำแหน่งของข้อเนื่องจากตรวจไม่พบความผิดปกติที่แขนทั้งสองข้าง ทำให้นึกถึงพยาธิสภาพของไขสันหลังในระดับทรงอกมากที่สุด

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของอาการทรงตัวลำบาก เดินเซ และชา ในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีลักษณะการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปในระยะเวลา 2 เดือน ไม่มีประวัติการบาดเจ็บที่หลัง ไม่มีอาการปวดหลังหรือคอได้ก้น ไม่มีประวัติครอบครัว ไม่มีประวัติยาหรือสารเคมีอื่นๆ ทำให้นึกถึงสาเหตุจากการอักเสบติดเชื้อ โรคทางเมแทบอลิก หรือโรคของความเสื่อมทางระบบประสาท ได้แก่

1. ภาวะไขสันหลังอักเสบจากการขาดวิตามินบี 12
2. ภาวะไขสันหลังอักเสบจากโรคติดเชื้อ เช่น โรคซิฟิลิสระยะที่ 3 (tabes dorsalis), เชื้อเอชไอวี (HIV)
3. การอักเสบของไขสันหลังและปลอกหุ้มเส้นประสาทจากยา สารเคมี โรคเบาหวาน หรือโรคทางภูมิคุ้มกันอื่นๆ

จากการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยรายนี้พบลักษณะซีด ลิ้นเกล็น และอาการอ่อนเพลียร่วมด้วย ทำให้นึกถึงภาวะไขสันหลังอักเสบจากการขาดวิตามินบี 12 มากที่สุด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพรังสีวิทยาเบื้องต้น

- CBC: Hb 7.7 g/dL, Hct 33%, MCV 120 fL, MCH 30.7 pg, MCHC 33.1 g/dL, RDW 18.4, RBC morphology - macrocytic anemia and hypersegmented neutrophils, WBC 4,500 cell/mm³ (PMN 60% L 30% M 10%), Platelets 200,000 cell/mm³
- Glucose 110 mg/dL, BUN 20 mg/dL, serum creatinine 0.8 mg/dL
- Serum Na 137 mEq/L, K 4.6 mEq/L, Cl 96 mEq/L, CO₂ 27 mEq/L, Calcium 18.1 mg/dL
- Liver function test: albumin 3.8 g/dL, globulin 3.1 g/dL, total bilirubin 0.3 mg/dL, direct bilirubin 0.15 mg/dL, AST 13 U/L, ALT 20 U/L, ALP 125 U/L

การส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยโรค

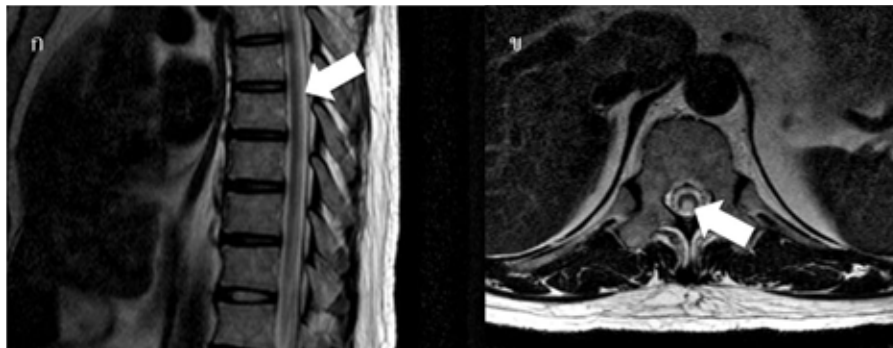
ผลตรวจ VDRL,TPHA และ anti-HIV ให้ผลเป็นลบ

ผลการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์และน้ำไขสันหลังอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ตรวจระดับวิตามิน บี 12: <50 พิโกกรัม/มล. (ค่าปกติ >180 พิโกกรัม/มล.)

การตรวจ intrinsic factor antibodies ให้ผลเป็นบวก

ผลตรวจภาพถ่ายเรโซแนนซ์แม่เหล็กของไขสันหลังพบลักษณะผิดปกติที่บริเวณด้านหลังของไขสันหลังระดับทรวงอก (ดังภาพที่ 1) การตรวจการนำไฟฟ้าเส้นประสาทพบลักษณะของเส้นประสาทอักเสบแบบ sensorial axonal polyneuropathy ที่ปลายเท้าทั้งสองข้าง



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายเรโซแนนซ์แม่เหล็กไขสันหลังระดับทรวงอก พบลักษณะผิดปกติที่บริเวณด้านหลังของไขสันหลังเป็นแนวยาวสีขาวตามระนาบซ้ายขวา (ก) และระนาบตัดขวาง (ข)

การวินิจฉัยโรค

ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยโรคไขสันหลังอักเสบจากภาวะขาดวิตามินบี 12 ที่มีสาเหตุจากสารภูมิต้านทานต่อ intrinsic factor จนทำให้มีภาวะซีดเรียกว่า pernicious anemia

การวางแผนการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการให้วิตามินบี 12 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด 1,000 ไมโครกรัม/วัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์ แล้วให้ต่อด้วยขนาด 1,000 ไมโครกรัม/สัปดาห์ อีก 5 สัปดาห์ ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดอาการเดินเซและทรงตัวลำบากของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นภายในระยะเวลา 2 เดือน จนผู้ป่วยสามารถเดินได้เอง ระดับฮีโมโกลบินและขนาดของเม็ดเลือดแดงกลับเป็นปกติ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีสารภูมิต้านทานต่อ intrinsic factors จึงจำเป็นต้องได้รับวิตามินบี 12 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขนาด 1,000 ไมโครกรัม เดือนละครั้งตลอดชีวิต

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคไขสันหลังอักเสบจากภาวะขาดวิตามินบี 12

ภาวะไขสันหลังอักเสบที่เรียกว่า subacute combined degeneration of the spinal cord เป็นภาวะที่เกิดจากการขาดวิตามินบี 12 หรือ โคบาลามิน ซึ่งส่งผลให้เกิดการเสื่อมสลายของปลอกไมอีลินของเซลล์ในระบบประสาทโดยเฉพาะในส่วนของเส้นใยประสาท dorsal column ในไขสันหลัง⁽¹⁾ ทำให้เกิดความผิดปกติของการรับรู้การสัมผัสและการรับรู้ตำแหน่งของข้อ จนเป็นสาเหตุให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการเดินเซและทรงตัวลำบาก นอกจากอาการทรงตัวลำบากยังสามารถทำให้เกิดความผิดปกติทางระบบประสาทอื่นๆ ได้ เช่น อาการชาซึ่งมักเริ่มจากเส้นประสาทส่วนปลาย อาการหลงลืม พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง และความผิดปกติทางการมองเห็น สาเหตุที่สำคัญของการขาดวิตามินบี 12 คือ ความผิดปกติของการดูดซึมสารอาหาร เช่น ในผู้ป่วยที่มีสารภูมิต้านทานต่อ intrinsic factor ทำให้ไม่สามารถดูดซึมวิตามินบี 12 ได้ หรือเรียกว่า pernicious anemia ผู้ป่วยผ่าตัดกระเพาะ ผู้ป่วยที่รับประทานมังสวิรัต โรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร และยาที่มีผลต่อการดูดซึมวิตามินบี 12 เป็นต้น นอกจากอาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการซีด ซึ่งมีลักษณะเป็น macrocytic anemia ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย ผอมขาว ลิ้นเปลี่ยน เจ็บลิ้น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องเสีย ปวดท้อง เป็นต้น

พยาธิกำเนิดของอาการทางระบบประสาทจากภาวะขาดวิตามินบี 12 ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเมื่อขาดวิตามินบี 12 จะทำให้สาร adenosylcobalamin ซึ่งมีหน้าที่ในการเปลี่ยน methylmalonyl CoA เป็น succinyl CoA ลดลง ทำให้ระดับของ methylmalonyl CoA และระดับ methylmalonic acid สูงขึ้น ซึ่งมีผลต่อการทำลายปลอกไมอีลินของเซลล์ในระบบประสาท^(1,2)

การวินิจฉัยโรคสามารถทำได้โดยการตรวจวัดระดับวิตามินบี 12 ในเลือด ร่วมกับการตรวจลักษณะของเม็ดเลือดแดงและการตรวจภาพถ่ายทางรังสีวิทยาเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคและสาเหตุอื่นๆ การรักษาภาวะขาดวิตามินบี 12 สามารถทำได้โดยการให้วิตามินบี 12 ทดแทนโดยการฉีดผ่านทางใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่ขาดวิตามินบี 12 จากการขาดสารอาหารโดยที่ไม่มีความผิดปกติของการดูดซึมอาจให้วิตามินบี 12 ทดแทนโดยการรับประทาน นอกจากนี้ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 12 เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ เป็นต้น โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษา ร่วมกับการฝึกการเดินและการทรงตัวมักมีอาการดีขึ้นภายในระยะเวลา 6 เดือน

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคไขสันหลังอักเสบจากภาวะขาดวิตามินบี 12⁽³⁾

ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 50 ปี และมีการดำเนินโรคมานาน
ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชาเป็นระดับ
ผู้ป่วยที่ยังสามารถทรงตัวอยู่ได้เมื่อยืนหลับตา (Romberg sign)
ผู้ป่วยที่มีการตอบสนอง Babinski แบบ planta flexor response
ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของรอยโรคไขสันหลังน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ระดับ

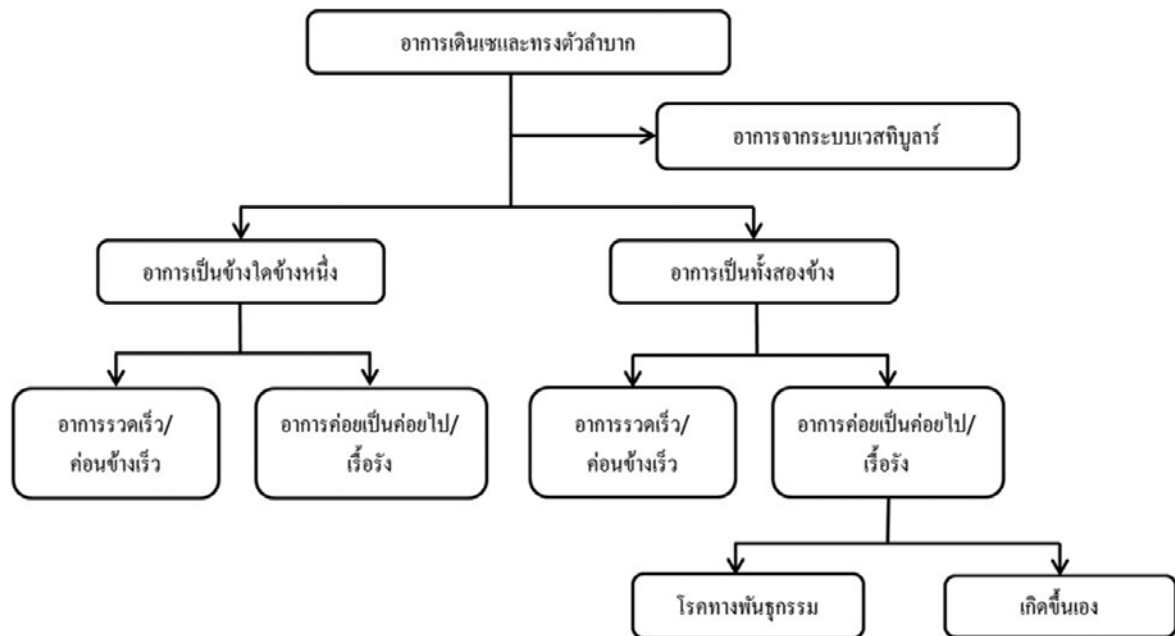
แนวทางการสืบค้นภาวะเดินเซและทรงตัวลำบาก⁽⁴⁾

โดยทั่วไปสามารถจำแนกสาเหตุของอาการเดินเซและทรงตัวลำบากได้ดังนี้

- อาการอ่อนแรง (motor ataxia) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการทำงานของระบบการเคลื่อนไหว ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีกจนทำให้มีอาการเดินทรงตัวลำบาก ผู้ป่วยมักเดินเซไปทางด้านที่มีอาการอ่อนแรง
- อาการชา (sensory ataxia) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกโดยเฉพาะในระบบการรับรู้การสัมผัสและการรับรู้ตำแหน่งของข้อ เมื่อหลับตาอาการทรงตัวลำบากมักแย่ลง
- อาการทางระบบเวสทิบูลาร์ (vestibular ataxia) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหูชั้นใน ผู้ป่วยมักมีอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตากระตุก เสียงดังในหูหรือหูดับและเดินเซร่วมกัน เช่น ผู้ป่วยโรค benign positional paroxysmal vertigo (BPPV)
- อาการทางสมองส่วนซีรีเบลลัม (cerebella ataxia) พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการทำงานของสมองส่วนซีรีเบลลัมหรือส่วนเชื่อมโยงการทำงานในบริเวณก้านสมอง ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะติดเชื้ทางระบบประสาท ก้อนเนื้อออกหรือโรคทางพันธุกรรม

เมื่อพบผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเดินเซและทรงตัวลำบาก การซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาของการดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการร่วม ความผิดปกติในระบบต่างๆ และการตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียดจะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการวินิจฉัย สิ่งที่ต้องคำนึงถึงต่อไปคือ อาการเดินเซนั้นเกิดขึ้นโดยมีสาเหตุหรือไม่ เนื่องจากอาการเดินเซที่มีสาเหตุนั้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องอาจทำให้อาการเดินเซนั้นหายจนเป็นปกติได้ ประวัติครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการเดินเซ ทรงตัวลำบากเรื้อรัง และนำไปสู่การวางแผนการตรวจทางอนุพันธุศาสตร์เพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป

แผนภาพที่ 1 แนวทางการสืบค้นภาวะเดินเซและทรงตัวลำบาก



• อาการเดินเซไปทางข้างใดข้างหนึ่ง หรือข้างเดียวกับอาการแสดงของสมองส่วนซีลีเบลลัม⁽⁴⁾
ในกลุ่มนี้ควรคิดถึงพยาธิสภาพที่มีสาเหตุทางโครงสร้างในสมองโดยเฉพาะสมองส่วนซีลีเบลลัม และก้านสมอง โดยสาเหตุของพยาธิสภาพอาจจำแนกได้ตามลักษณะของการดำเนินโรค

- อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือค่อนข้างเร็ว
 - ภาวะสมองขาดเลือดหรือมีเลือดออก
 - ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มชั้นดुरา
 - การอักเสบติดเชื้อที่ทำให้เกิดรอยโรคเฉพาะตำแหน่ง เช่น ฝีในสมอง
 - ก้อนเนื้องอกในสมองหรือเนื้องอกชนิดแพร่กระจาย
 - การเสื่อมสลายของปลอกไมอีลินของเซลล์สมองและไขสันหลัง
 - ภาวะ leukoencephalopathy ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี
- อาการค่อยเป็นค่อยไปหรือเรื้อรัง
 - รอยโรคเก่าในสมอง จากสาเหตุใดๆ
 - เนื้องอกหรือถุงน้ำในสมองที่มีลักษณะโตช้า
 - ภาวะพิการแต่กำเนิด

- อาการเดินเซและทรงตัวลำบากไปทั้งสองข้าง⁽⁴⁾

ในกลุ่มนี้ควรคิดถึงโรคที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทั้งระบบหรือการเสื่อมทางระบบประสาท เช่น โรคทางเมแทบอลิก โรคทางพันธุกรรม โรคที่เกิดจากสารเคมี ยา หรือสารพิษ โดยสาเหตุของพยาธิสภาพอาจจำแนกได้ตามลักษณะของการดำเนินโรค

- อาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือค่อนข้างเร็ว
 - ยาหรือสารพิษ เช่น แอลกอฮอล์ ลิเทียม บาร์บิทูเรต เฟนิโทอิน สารตะกั่ว น้ำมันก๊าด สารระเหย กาว ยาเคมีบำบัด เป็นต้น
 - ภาวะสมองส่วนซีลีเบลล์อักเสบจากเชื้อไวรัส
 - ภาวะสมองส่วนซีลีเบลล์อักเสบตามหลังการติดเชื้อไวรัส
 - ภาวะขาดวิตามิน เช่น วิตามินบี 1 และ บี 12
 - สาเหตุอื่นๆ เช่น กลุ่มอาการ Miller-Fisher⁽⁵⁾, Wernicke's encephalopathy superficial siderosis⁽⁶⁾, Creutzfeldt-Jakob disease⁽⁷⁾ เป็นต้น
- อาการค่อยเป็นค่อยไปหรือเรื้อรัง
 - กลุ่มอาการสมองอักเสบจากสารภูมิคุ้มกันที่ก่อในตัว (autoimmune encephalitis) หรือมีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็ง (paraneoplastic syndromes)⁽⁸⁾
 - ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย
 - ภาวะสมองส่วนซีลีเบลล์เสื่อมในผู้ป่วยที่ทานแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน
 - โรคซีพาลีสระยะที่ 3⁽⁹⁾
 - โรคที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมอง เช่น multiple system atrophy
 - ภาวะเดินเซและทรงตัวลำบากที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

อาการเดินเซและทรงตัวลำบากที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม⁽¹⁰⁾

ในผู้ป่วยมีอาการเดินเซและทรงตัวลำบากเรื้อรัง มักมีสาเหตุมาจากการเสื่อมทางระบบประสาท ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมหรือเกิดขึ้นเองก็ได้ การซักประวัติครอบครัวที่ดี ควรครอบคลุมถึงผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกคนทั้งที่ยังมีชีวิตอยู่และเสียชีวิตไปแล้วอย่างน้อย 3 รุ่น อายุที่เริ่มแสดงอาการผิดปกติ อายุที่เสียชีวิต ประวัติการแต่งงานกันภายในครอบครัว ประวัติแท้งบุตร เชื้อชาติ ภูมิลำเนาและอาการความผิดปกติที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งปฏิเสธประวัติความผิดปกติในครอบครัว ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกตินั้นเป็นโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบ autosomal recessive, x-linked, และ mitochondrial inheritance ดังนั้น แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงควรคิดถึงสาเหตุที่เกิดจากโรคทางพันธุกรรม และโอกาสความเป็นไปได้ในการเกิดโรคในกลุ่มนี้เพื่อการวางแผนการตรวจทางอณูพันธุศาสตร์ในการวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป

ตารางที่ 3 แสดงตัวอย่างอาการเดินเซและทรงตัวลำบากที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม⁽¹⁰⁾

การถ่ายทอดทางพันธุกรรม	ตัวอย่างโรค
Autosomal recessive ataxias (AR)	Friedreich's Ataxia Ataxia telangiectasia Ataxia associated with vitamin E deficiency Wilson's disease
Autosomal dominant ataxias (AD)	Spinocerebellar ataxias (SCA) Dentatorubral-pallidoluysian atrophy (DRPLA) Episodic ataxia type 1, type 2
X-linked ataxia	Fragile-X tremor ataxia syndrome (FXTAS)
Mitochondrial ataxia	Neurogenic weakness, ataxia and retinitis pigmentosa (NARP) Mitochondrial encephalopathy, lactic acidosis, and stroke syndrome (MELAS)

เอกสารอ้างอิง

1. Gursoy AE, Kolukisa M, Babacan-Yildiz G, Celebi A. Subacute Combined Degeneration of the Spinal Cord due to Different Etiologies and Improvement of MRI Findings. Case Rep Neurol Med 2013;2013:159649.
2. Hemmer B, Glocker FX, Schumacher M, et al. Subacute combined degeneration: clinical, electrophysiological, and magnetic resonance imaging findings. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998;65:822-7.
3. Vasconcelos OM, Poehm EH, McCarter RJ, et al. Potential outcome factors in subacute combined degeneration: review of observational studies. J Gen Intern Med 2006;21:1063-8.
4. Rosenberg RN. Ataxic disorders. In: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012 p. 3335-44.
5. Lolekha P, Phanthumchinda K. Miller-Fisher syndrome at King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Med Assoc Thai 2009;92:471-7.

6. Posti JP, Juvela S, Parkkola R, et al. Three cases of superficial siderosis of the central nervous system and review of the literature. *Acta Neurochir (Wien)* 2011;153:2067-73.
7. Lolekha P, Rasheed A, Yotsarawat C. Creutzfeldt-Jakob Disease in a Tertiary Care Hospital in Thailand: A Case Series and Review of the Literature. *J Mov Disord* 2015;8:136-40.
8. Manto M, Marmolino D. Cerebellar ataxias. *Curr Opin Neurol* 2009;22:419-29.
9. Berger JR, Dean D. Neurosyphilis. *Handb Clin Neurol* 2014;121:1461-72.
10. Klockgether T. Parkinsonism & related disorders. Ataxias. *Parkinsonism Relat Disord* 2007;13 Suppl 3:S391-4.