

# \* SPONTANEOUS RUPTURE OF INFARCTED SPLEEN

## ในโรค Acute Bacterial Endocarditis

รายงานผู้ป่วย ๑ ราย

\*\* นายแพทย์ กวี คุ้มภาคิน M.B., B.S. (London), M.R.C.S.,  
L.R.C.P., D.T.M. (Liverpool)

\*\*\* นายแพทย์ สถาพร วาทยานนท์ พ.บ. (เกียรตินิยม)

.....

การแตกของม้ามซึ่งเป็นผลแทรกซ้อนของโรคหลายโรค มักจะเกิดขึ้นในโรคที่มีการโตของม้ามเกิดขึ้น และม้ามมีลักษณะเปื่อยยุ่ย ทำให้เกิดการแตกได้ง่าย สำหรับการแตกของม้ามที่พบในรายงานส่วนมากเกิดขึ้นในโรค Malaria, Typhoid fever, Leukemia, Infectious mononucleosis, Relapsing fever แต่การแตกของม้ามที่เกิดขึ้นในโรค Bacterial Endocarditis พบน้อยมาก เคยมีรายงานเรื่องการแตกของม้ามในโรค Subacute Bacterial Endocarditis ตั้งแต่ปี ๑๙๑๙ จนถึงเดิยวันมีทั้งหมด ๑๔ ราย

Lake<sup>1</sup> ในปี ๑๙๑๙ เป็นคนรายงานคนแรกพบว่า Infected infarct ได้แตกเข้าไปใน Splenic artery. Krokeiwicz<sup>2</sup> ในปี ๑๙๒๖ รายงานเรื่อง Ruptured Splenic infarct ซึ่งมีสาเหตุเนื่องจากความดันโลหิตขึ้นสูง ขณะที่คนไข้ถ่ายอุจจาระ Pallasse<sup>3</sup> ในปี ๑๙๓๖ รายงาน Rupture of hemorrhagic infarct ของม้ามในโรคเดียวกัน Kerkhof<sup>4</sup> ในปี ๑๙๓๓, Fingerland<sup>5</sup> ในปี ๑๙๓๘,

Rantz<sup>8</sup> ในปี ๑๙๔๓, Seed<sup>11</sup> ในปี ๑๙๔๖, Hertzog<sup>9</sup> ในปี ๑๙๔๖, Rosenberg<sup>12</sup> ในปี ๑๙๔๖ ได้รายงานคนไข้ มีการแตกของม้ามอันเป็นผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรค Sub-acute Bacterial Endocarditis. Wood & Hall<sup>14</sup> ในปี ๑๙๕๔ ได้รายงานคนไข้ Rupture of Splenic infarct ในโรคนี้ แต่คนไข้รอดชีวิตภายหลังทำการผ่าตัด และได้ตัดม้ามออก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย เลขที่ภายใน ๖๐๔๔/๒๕๐๐ อายุ ๓๓ ปี อาชีพค้าขาย เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๐๐ ด้วยอาการวมที่เท้า ๒ ข้าง ก่อนมาโรงพยาบาล ๗ วัน

อาการป่วยปัจจุบัน ก่อนป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยสบายเป็นปรกติดี

๑ ปี ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลงเรื่อยๆ ไอแห้งๆ เล็กน้อยแต่ไม่มีไข้

\* บรรยายในกรุงเทพฯ ปรึกษาการประจำเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
\*\* ทำเนียบแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
\*\*\* แพทย์ประจำบ้านแผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

๕ เดือนก่อนมา อาการต่างๆ เป็นมากขึ้น  
จึงไปเอ็กซเรย์ปอด ๑ ครั้ง แพทย์บอกว่าปอดเป็น  
ปกติดี แต่ไม่ได้กล่าวถึงหัวใจ

๑๐ วันก่อนมา ผู้ป่วยสังเกตเห็นว่าเวลาทำงาน  
รู้สึกเหนื่อยผิดปกติ มีไข้เล็กน้อยเป็นบางวัน  
อาการไอมากขึ้นมีเสมหะสีขาวเหนียว แต่ไม่เคย  
มีเลือดปนมาด้วยเลย

๑๖ วันก่อนมา มีอาการบวมที่เท้า ๒ ข้าง  
อาการเหนื่อยเป็นมากขึ้น อยู่เฉยๆ ก็เหนื่อย  
นอนราบไม่ได้ ไอมากขึ้น แต่ไม่มีไข้

๕ วันก่อนมา สังเกตเห็นว่าปัสสาวะมีสีแดง  
จัดคล้ายน้ำล้างเนื้อ เจ็บเสียวบริเวณชายโครง  
ซ้ายเป็นบางครั้ง อาการเหนื่อยหอบ ไอ เป็นมาก  
ขึ้น มีไข้เล็กน้อย

ประวัติป่วยอดีต ไม่เคยเป็นไข้ และปวดตาม  
ข้อเลย  
ไม่เคยไอเป็นเลือด  
ไม่เคยเป็นไข้หนาว ๆ  
ไม่มีประวัติการผ่าตัด หรือ  
ถอนฟัน ก่อนการป่วยครั้งนี้  
เลย

อาชีพ ค้าขาย  
นิสัย สุขุมทึบและดีมีสุรา นาน ๆ  
ครั้ง

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยมีบุตร ๒ คน ญาติทุก  
คนสบายดี ไม่มีประวัติโรค  
ทางกามพันธุ์

การตรวจร่างกายแรกพบ  
อุณหภูมิ ๑๐๐° F.  
ชีพจร ๑๔๐/ นาที ไม่สม่ำเสมอ

ชนิด Auricular Fibrilla-  
tion

หายใจ ๒๖ / นาที

แรงดันโลหิต ๑๔๐/๙๔

ลักษณะทั่วไป

ชายไทย ค่อนข้างซีด มีอาการทอมน้อย  
หายใจเร็ว นอนราบไม่ได้ บวมกดบวมที่ขาทั้งสอง  
ข้าง มี clubbing ของนิ้วมือและนิ้วเท้า ไม่มีตัว  
เหลืองหรือตาเหลือง ไม่มีจุดเลือดออกที่ผิวหนัง  
ระบบหัวใจ

ตรวจอกบริเวณหัวใจไม่หนุน Apex beat  
อยู่ที่ช่องซี่โครงที่ ๖ นอกเส้น Mid clavicular  
ครึ่งนิ้ว เส้นเลือดที่คอโป่งพอง จากการเคาะ  
พบว่าหัวใจโต ไม่มี thrill ฟังได้ Grade 3  
Systolic murmur ที่ Apex และมี propagation  
ไปที่รักแร้ เสียงหนึ่งทีลั่นไม่ทรลัดดังกว่าปกติ  
แต่เสียงสองปกติ เสียงสองที่ลั่นพูลโมนารีดัง  
กว่าปกติ, ไม่มี Collapsing pulse

ระบบทางเดินอาหาร

เส้นเลือดของผนังท้องไม่โต ไม่มีน้ำในช่อง  
ท้อง ตับคล้ำได้ต่ำกว่าไตชายโครงสองนิ้ว มือนุ่ม  
คล้ำขอบได้ชัด กดเจ็บ ม้ามคล้ำไม่พบ แต่กด  
เจ็บบริเวณชายโครงซ้าย

ระบบหายใจ

ปอดเคาะไม่ทึบ แต่ฟังได้ Fine crepita-  
tion ที่ส่วนล่างของปอดทั้งสองข้าง

ระบบประสาท

ไม่พบสิ่งผิดปกติ

การตรวจทางห้องทดลอง  
ผลตรวจเลือด

	๑๓ W.ค.	๑๗ W.ค.	๒๑ W.ค.	๒๔ W.ค.	๓๐ W.ค.	๓๑ W.ค.	๑ มิ.ย.
Haemoglobin	๘ gm.				๗ gm.	๕ gm.	๔.๕ gm.
R. B. C.	๓.๓๙	๓.๓๘					
W. B. C.	๙,๙๐๐	๙,๒๐๐	๘,๔๐๐	๑๐,๐๐๐			
Polymorph.	๗๗ %	๗๐ %	๗๙ %	๘๓ %			
Eosinophile		๑ %	๑ %	๒ %			
Lymphocyte	๒๓ %	๒๙ %	๒๙ %	๑๓ %			
Monocyte			๒ %	๓ %			

## ผลตรวจปัสสาวะ

ความท้วมจำเพาะ ๑๐๒๐

เม็ดโลหิตแดง พบจำนวนมาก

ไข่ขาว ๓ + ve

Granular & Red blood cell cast ๑/H.D.

Bile negative

## ผลตรวจอุจจาระ

ไม่พบสิ่งผิดปกติ

Blood Kahn ๒ + ve. V.D.R.L. neg.

Blood N.P.N. ๕๐ mg.%, Creatinine ๑.๕ mg.%

Serial haemocultures Negative

Chest X-ray Impression : Chr. minimal pul. T.B. left apex. Slight left heart enlargement and very much increased pul. vascularity suggestive of chr. pul. congestion. Hazziness of left dome of diaphragm.

E.K.G. shows Sinus tachycardia

Eye ground normal

การวินิจฉัยขั้นแรก

Mitral regurgitation with Congestive cardiac failure

การดำเนินของโรค

๓ วันแรก ผู้ป่วยมีไข้เล็กน้อย ไม่เกิน ๓๘°c. หลังจาก Digitalization อาการทอมน้อย และบวมที่เท้า ดีขึ้น

วันที่ ๔ ผู้ป่วยมีไข้สูง ทนาว แต่ไม่สิ้น ไข้จับวันละครึ่ง เป็นตอนบ่าย เป็นอยู่ ๕ วัน Blood culture negative การตรวจหาเชื้อ Malaria ไม่พบ เม็ดโลหิตขาว ๙,๗๐๐ P ๗% L ๓๐% หลังจากให้ Chloroquin ไข้ลง

วันที่ ๗ ม้ามโตพอดำได้พบ นุ่ม และเจ็บ หลังจากให้ Chloroquin ม้ามไม่เล็กลง แต่กลับเจ็บมากขึ้น เม็ดโลหิตขาว ๘,๔๐๐ P. ๗๗% L. ๒๑% E. ๒% Blood culture negative

วันที่ ๑๒ ม้ามโตมากขึ้น คล้ำดำต่ำกว่าใต้ชายโครงสองนิ้วมือ ผู้ป่วยบ่นเจ็บบริเวณม้าม แต่ไม่มี Referred pain เบื่ออาหารมาก ตอนนั้นให้การวินิจฉัย ว่าเป็น Sub-acute Bacterial Endocarditis with Splenic infarct ได้เริ่มต้นให้ Penicillin วันละ ๒,๐๐๐,๐๐๐ ยูนิต และ Streptomycin วันละ ๑ กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

วันที่ ๑๔ ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้องมาก ตรวจพบว่าท้องอืดมาก ผู้ป่วยซีดลงเล็กน้อย ไม่มีไข้ Blood culture negative เม็ดโลหิตขาว ๑๐,๐๐๐ P ๘๓% L ๑๔% E ๓% ปัสสาวะยังคงมีสีน้ำตาลเข้ม ได้เปลี่ยนขนาดของ Penicillin เป็นวันละ ๕,๐๐๐, ๐๐๐ ยูนิต

วันที่ ๑๕ ของวันที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ตอนเช้า ผู้ป่วยมีอาการตัวเย็น ซีด เหงื่อออก ชีพจรคล้ำไม่พบ ความดันโลหิตต่ำมากจนวัดไม่ได้ หลังจากให้เลือด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บ่นว่าเจ็บคล้ายมีอะไรมาแทงบริเวณ Left upper quadrant ท้องอืดมากขึ้น ไม่ได้ยินเสียงลำไส้เคลื่อนไหว ตรวจพบว่า Fluid ในช่องท้อง ซีโมโกลบินเต็ม ๘ กรัม % ลดลงเป็น ๗ กรัม % ขณะนั้นให้การวินิจฉัยว่าเป็น Rupture of Spleen

วันที่ ๒๐ ผู้ป่วยมีอาการ Profound shock อีกครั้งหนึ่ง ท้องอืดมากขึ้น เจาะท้องได้เลือดสดๆ ไม่ Clot ซีโมโกลบินลดเหลือ ๕ กรัม % ตรวจ Eye ground พบมีจุดเลือดออกที่ตาซ้าย วันนั้นศัลยแพทย์ได้มาตรวจคนไข้ แต่ผู้ป่วยมีอาการ Shock มาก ไม่เหมาะที่จะทำการผ่าตัด

วันที่ ๒๒ อาการทั่วไปไม่ดีขึ้น ซีดลงเรื่อยๆ ซีโมโกลบินลดเหลือ ๔.๕ กรัม % ผู้ป่วยไม่ค่อย

รู้สึกตัว ได้ทำการให้เลือดตลอดเวลา

วันที่ ๒๔ ของวันที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสียชีวิต

รายงานการตรวจศพ

หัวใจ - หนัก ๓๕๐ กรัม ที่ลิ้นไมทรัลพบ Vegetation แต่ไม่มี Stenosis ที่ลิ้นไมทรัล ลิ้นอื่นๆปกติ

ปอด - พบมี adhesion ที่ส่วนยอดทั้งสองข้าง มี Fibro-caseouse nodule อยู่ทั้งสองข้าง มี Fibro-caseouse nodule อยู่ทั้งสองข้าง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ เซนติเมตร ปอดบริเวณทั่วไปมี Edema เล็กน้อย

ช่องท้อง - พบมีเลือดสดๆ ประมาณ ๒,๐๐๐ ซีซี.

ม้าม - มี Blood clot คุ้มอยู่โดยรอบ มีรอยแตกเป็นทางยาว ๔ เซนติเมตรที่ผิวหน้า และข้างๆ รอยแตก พบมี V-shape greyish white area ม้ามหนัก ๔๕๐ กรัม

ตับ - หนัก ๑,๕๐๐ กรัม พบมี Area of necrosis อยู่ที่กลีบซ้าย

ไต - ข้างขวาหนัก ๑๗๐ กรัม ข้างซ้าย ๑๕๐ กรัม ไตข้างซ้าย พบมี Hemorrhage ที่ Cortex และมี V-shape greyish area

การตรวจทางกล้องจุลทรรศน์

หัวใจ - Vegetation ที่ลิ้นไมทรัลประกอบด้วย Necrotic tissue และกลุ่มของ Bacteria มี Fibrin Polymorph leukocyte คลุมอยู่ที่ base มี Fibroblastic tissue ไม่พบ Aschoff's body และ Granulation tissue เยื่อหุ้มหัวใจหนา

ลักษณะบ่งไปทาง Acute Bacterial Endocarditis of Mitral valve

ปอด - มี Caseous nodule with Calcification ส่วนที่เหลือมี Emphesema. Diffused passive congestion

ตับ - มี Area of recent infarct และมี Focal necrosis อยู่ด้วย

ม้าม - มี Multiple area of old infarct และ Large area of recent infarct ซึ่งมี hemorrhage และ Capsular rupture

ไต - มี Area of recent infarct และ Old infarct อยู่ใน Cortex ของไตข้างซ้ายและมี Recent thrombosis ที่หลอดเลือดแดงขนาดกลาง

#### บทวิจารณ์

ในโรค Bacterial Endocarditis นี้ จะมี Septic emboli หลุดเข้าสู่กระแสโลหิตเป็นระยะๆ ทำให้เกิด Septic infarct ตามอวัยวะต่างๆ เช่น ม้าม ไต ลำไส้ ตับ ผิวหนัง สมอง สำหรับที่ม้ามและไต มักจะพบเป็นแห่งที่ Emboli หลุดเข้าไปเสมอทำให้เกิด Septic Infarct ทั้งนี้ เนื่องจากอวัยวะทั้งสองมีเลือดเลี้ยงมาก บางครั้งบริเวณที่เป็น Septic infarct อาจกลายเป็น Abscess ได้ ซึ่งมักจะพบที่ม้าม เนื่องจากมี Area of Infarction จึงทำให้ม้ามโตขึ้น ตามรายงานในเอกสารพบว่า การแตกของม้ามในโรค Bacterial

Endocarditis นั้น รอยแตกอาจเกิดขึ้นที่เนื้อม้ามที่ดี บริเวณริมของรอย Infarct หรือแตกทะลุจาก Abscess ของม้ามก็ได้

ตามรายงานจากเอกสาร ทั้งหมด ๑๔ ราย เป็นการแตกของม้าม อันเป็นผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรค Subacute Bacterial Endocarditis ยังไม่เคยมีรายงานที่เกิดขึ้นใน Acute Bacterial Endocarditis ดังเช่นรายนี้เลย ทั้งนี้ เพราะในโรค Acute Bacterial Endocarditis คนไข้มักจะเสียชีวิต เนื่องจาก Toxemia ภายในเวลาอันสั้น มากกว่าที่จะเสียชีวิตเนื่องจากเหตุแทรกซ้อนต่างๆ

#### บทสรุป

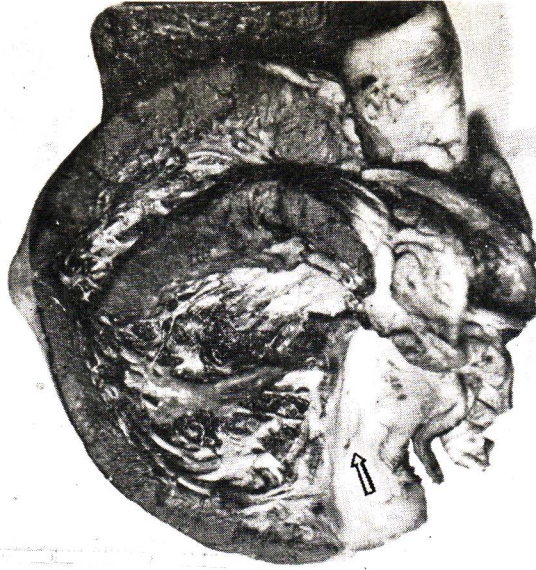
ได้รายงานผู้ป่วย ๑ ราย ในโรค Acute Bacterial Endocarditis และมีการแตกของม้ามที่เกิดขึ้นเอง อันเป็นผลแทรกซ้อนที่ไม่พบบ่อยในโรคนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์ ประพนธ์ ปิยะรัตน์ นายแพทย์ ยงยุทธ สัจจาวณิช ที่ช่วยทำการตรวจศพ และอ่านผลพยาธิสภาพทางกล้องจุลทรรศน์ และ นายแพทย์ วิรุฬ ขาววิสุทธ์ ที่ช่วยถ่ายรูป Specimen

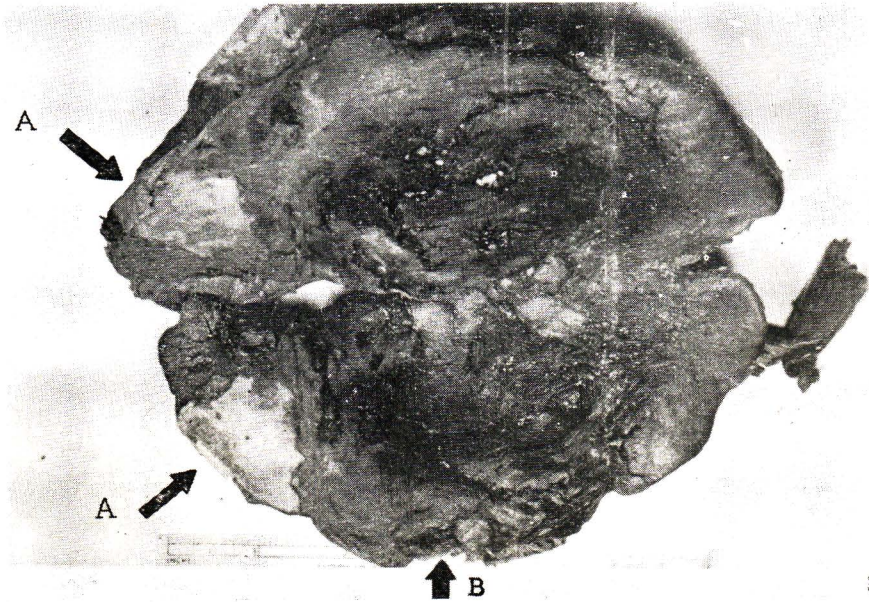
#### English Summary

A case of Acute Bacterial Endocarditis with an unusual rare complication of Spontaneous rupture of infarcted spleen was reported with 14 references.

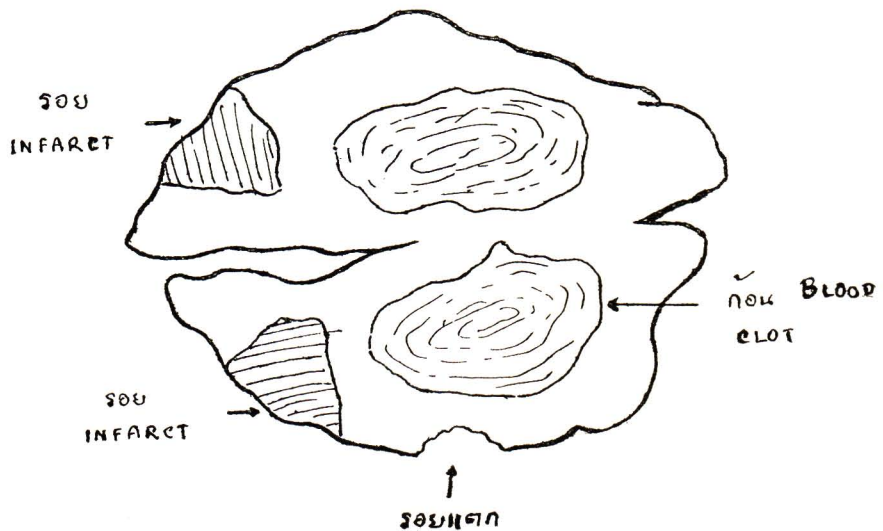
SPONTANEOUS RUPTURE OF INFARCTED SPLEEN



រូប ០



រូប ១



រូប ២

## SPLENIC RUPTURE

Zabinski and Harkins who reviewed the literature (analysis of 177 cases) and reported their own cases (4 cases) found that 14 percent of the patients with ruptured spleens had delayed bleeding. 87 percent of delayed rupture show signs of bleeding varying from 5 hours to 16 days. the barium-swallow study of the stomach, which revealed a lateral indentations of the fundus with serrations, is consistent splenic trauma.

"Kerr's sign" - diaphragmatic irritation and pain referred to the shoulder occurs in varying frequency after splenic rupture (less than half the reported cases.)

DR. I. SOUTER

## SPLENIC CYST

The most common type of true splenic cyst is a lymphangioma. According to Fowler, who reviewed the literature on this subject, they appeared to be about three times more common in the lower pole than in the upper, probably because most splenic cysts are traumatic in origin (false cysts) and the lower pole is more likely to be injured.

DR. B. CASTLEMAN.

## HYPERSPLENISM WITH LYMPHADENOPATHY

In Dameshek's excellent monograph on hypersplenism one finds that whenever there is hypersplenism and lymphadenopathy one should consider tuberculosis, sarcoidosis, leukemia and lymphoma.

Dr. F. Maloof.

**References**

1. Lake, N.C., Kevin, : Internal hemorrhage from splenic infarct : Lancet, 2 : 13, 1919.
2. Krokeiwicz, : Spontaneous rupture of spleen in sub-acute bacterial endocarditis : Virchow. Arch. of path. anat. 262 : 328, 1926.
3. Pallasse, E. : Spontaneous hemorrhage capsular rupture in infectious endocarditis : Lyon. Med., 147 : 577, 1933.
4. Kerkhof. : Rupture of Splenic infarct in Sub – acute Bacterial Endocarditis : Am. Heart J. : 8 : 423, 1933.
5. Fingerland : A Rupture of Spleen in Patient with Endocarditis. Lenta : 77 : 422, 1938.
6. Vallee, A. : Multiple Infarcts of Spleen in Malignant Endocarditis : Rupture of Spleen and Peritonitis : Canad. M.A.J. : 9, 1064, 1939.
7. Hicks, Braxton. : Death from Rupture of Infarcted Spleen in Case of Malignant Endocarditis : B.M.J. 2 : 351, 1932.
8. Rantz, Kirby : Rupture of Splenic Infarct in Sub – acute Bacterial Endocarditis : Arch. Int. Med. : 71: 516, 1943.
9. Hertzog, A.J. : Rupture Spleen with Sub-acute Bacterial Endocarditis Minissota., Med. : 29 : 791-792, 1946.
10. Kennedy, B.J. Seed, J. : Treatment of Sub – acute Bacterial Endocarditis with Penicillin in Beewax Oil with Rupture of the Spleen : Am. Heart J. : 34 : 905-912, 1947.
11. Seed, J. : Rupture of The Spleen in Sub – acute Bacterial Endocarditis : New England J. of Med. : 234 : 634-639, 1946.
12. Rosenberg, C.A. : Rupture of Infarcted Spleen and Sudden Death Complicating Course of Sub-acute Bacterial Endocarditis : Am. J. Med. : 5 : 143-144, 1948.
13. Lockwood, Jr. : Bacterial Endocarditis Associated with Spontaneous Rupture of the Spleen : N.Y. State J. of Med. 1188-1199 May 1951.
14. Wood, W.S., Hall, B. : Spontaneous Rupture of Spleen in Sub – acute Bacterial Endocarditis with Rupture of Mycotic Aneurysm of Splenic Artery : Arch. of Int. Med. : 633-640, April, 1954.