

วิถีทางหนึ่งของโรครุมตักหัวใจ

วิโรจน์ สืบหลินวงศ์*

เหมือนหมาย สรรประดิษฐ์**

Active rheumatic carditis is a self-limited process in which individual severity of any attack cannot be predicted.¹ The severity of cardiac damage usually depends on the duration of the inflammatory process.²

Treatment with either ACTH, Cortisone and Aspirin was proved to have no significant difference in the status of the heart,³⁻⁶ Hormone therapy was also claimed to be life saving in active carditis with congestive failure.⁷

The purpose of this paper is to show one way of active rheumatic carditis in this institute.

รายงานผู้ป่วย

เด็กหญิงไทยอายุ 9 ปี เข้ามาอยู่ในแผนกกุมารเวชศาสตร์, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2520 เลขผู้ป่วยภายใน 321347/21

ประวัติย่อๆ มีดังนี้คือ : 4 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วย, บ่นเป็นไข้, เจ็บคอ

และไอ ได้รับการรักษาที่ศูนย์สาธารณสุข 5 หนึ่งอาทิตย์ต่อมา มีการเจ็บที่เข่า 2 ข้าง, แล้วลามไปที่ข้อศอก และข้อเท้า ได้รับยาจากศูนย์สาธารณสุข 5 อีก

ประวัติครอบครัว : เป็นบุตรคนโตในจำนวนพี่น้อง 2 คน บิดารับจ้างทำสี, มารดาเป็นแม่บ้าน

* แผนกกุมารเวชศาสตร์

** แผนกศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตรวจร่างกายแรกพบ พบว่า : ซีพีจรเต้น 120 ครั้งต่อนาที, หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดัน 100/70 มิลลิเมตรปรอทและปรอท ชัน 38 องศาเซลเซียส

ตรวจคอ พบว่าปกติ

ตรวจปอด : ฟังได้ crepitation ทั้ง 2 ข้าง

ตรวจหัวใจ : พบว่า ยอกหัวใจคลำได้ที่ช่องซีโครงด้านซ้ายที่ 5 โดยห่างจาก mid clavicular line ด้านซ้าย 2 เซนติเมตร เสียงหนึ่งและเสียงสองปกติ ได้ยิน grade 3/6 blowing pansystolic murmur ที่ยอกหัวใจ และกระจายไปยังรักแร้ด้านซ้ายและส่วนล่างของ sternum

คลำตับไต 1 เซนติเมตรใต้ชายโครงขวา การตรวจระบบอื่นๆ ไม่พบว่าผิดปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ซีโมโกบิน 9 กรัมเปอร์เซ็นต์ เม็ดเลือดขาว 7850 ตัวต่อคิวบิกมิลลิเมตร โดยมี neutrophils 86% lymphocytes 13 เปอร์เซ็นต์ และ monocyte 1 เปอร์เซ็นต์

ตรวจปัสสาวะ ไม่พบว่ามีไข่ขาวหรือน้ำตาล และตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ก็ไม่พบว่ามีผิดปกติ

Erythrocyte sedimentation rate พบว่าตกเร็ว 33 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง

Electrolytes เช่น โซเดียม, โพแทสเซียม และคลอไรด์ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Antistreptolysin O titer 333 Todd units เมื่อ 4 กันยายน 2520

เพิ่มเป็น 500 Todd units เมื่อ 26 กันยายน 2520

B₁C ทำ 2 ครั้งห่างกันราว 3 อาทิตย์ พบว่าปกติ

เพาะเชื้อจากคอ และเลือด ไม่พบสิ่งผิดปกติ

Immunoelectrophoresis พบว่ามี IgG 1350 มก % (600-1600), IgA 623 มก % (60-340) และ IgM เป็น 185 มก % (38.4-148)

ภาพรังสีปอดและหัวใจพบว่า หัวใจโต โดยเฉพาะ left atrium และมี pulmonary congestion.

คลื่นหัวใจพบว่ามี first degree A-V block

วินิจฉัยเริ่มแรกว่าเป็น : 1) Active rheumatic heart disease โดยมี mitral valve regurgitation.

2) ปอดบวม

การรักษาและการเปลี่ยนแปลงของโรค

ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ให้เต็คนอนพัก อยู่ในเตียง, ให้อาหารที่มีความเค็มน้อยสุด ให้ Procaine penicillin และ Agueus penicillin

(Seclofen) 400,000 หน่วยเข้ากล้ามเนื้อ เข้าและเย็น แต่พอให้ได้ 8 วัน เด็กมีผื่นขึ้น แพทย์ทางผิวหนังวินิจฉัยว่าเกิดจากแพ้ penicillin จึงเปลี่ยนมาใช้ erythromycin 30 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ต่อวันโดยแบ่งให้รับประทานทางปาก แต่ใช้ก็ยังคงสูงอยู่ตลอดเวลา จน 24 วันหลังจากได้เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลเด็กเริ่มมีอาการ และอาการแสดงของหัวใจวาย โดยมีเหนื่อยหอบ, เส้นเลือดดำที่คอโป่งออก หัวใจโตขึ้นและมีเสียง grade 4/6 blowing pan-systolic murmur ดังที่ซีกหรือยอดหัวใจ ตับโตขึ้นเป็น 4 เซนติเมตร ได้ชายโครงขวาได้ให้ digoxin ขนาดตามมาตรฐาน และยาขับปัสสาวะ อาการไม่ดีขึ้น และทรงตัวอยู่จน 34 วันหลังจากได้เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ได้เริ่มให้ prednisolone 2 มิลลิกรัม/กก/วัน อยู่นาน 18 อาทิตย์ จึงค่อยๆ ลดลง แต่พองคยา เด็กก็เริ่มมีอาการ และอาการแสดงของหัวใจวายใหม่ท้ายสุดเด็กก็ต้องอาศัย digoxin, furosemide และ spironolactone A ถึงจะอยู่ได้

พอ 8 เดือน หลังอยู่โรงพยาบาล ได้ทำ cardiac catheterization และ angiogram พบว่าเด็กมี severe mitral insufficiency และ pulmonary hypertension (48/30 มิลลิเมตรปรอท) ได้ส่งทำการซ่อม mitral valve annulus,

ด้วยวิธีนำ total Cardio-pulmonary by pass หลังซ่อมแซม mitral valve แล้ว heart murmur ลดลงเหลือ grade 2/6 systolic ejection murmur ที่ยอดหัวใจ และเด็กรู้สึกสบายโดยไม่เหนื่อย.

วิจารณ์

จะเห็นว่าเด็กเป็น Active rheumatic carditis ตาม Revised Jones criteria⁽⁸⁾ คือมีไข้, carditis, migratory joints pain, erythrocyte sedimentation rate สูง, และ C-reactive protein ให้ผลบวก และยังมีหลักฐานว่ามีเชื้อ streptococcus มาก่อนโดยมี antistreptolysin O titer สูงขึ้นในการเจาะเลือดครั้งที่ 2

การรักษาโดยให้พักนอนบนเตียงตลอดเวลา, ให้ยา penicillin แต่เนื่องจากแพ้ penicillin จึงใช้ erythromycin แทน อย่างไรก็ตามคงมีไข้สูงตลอดเวลา และหัวใจค่อยๆ โตขึ้นรวมทั้งมีอาการ และอาการแสดงของหัวใจวาย จึงได้ให้ยา digoxin และยาขับปัสสาวะ แต่ความรุนแรงของโรคก็ยังคงดำเนินรุนแรงขึ้นอยู่เรื่อยๆ ท้ายสุดได้ให้ prednisolone ช่วยการให้ prednisolone นี้ก็ทำให้ไซลดลง อาการต่างๆ ไปดีขึ้นบ้าง แต่หัวใจโต และเสียง heart murmur คงดังมากตามเดิมความรุนแรงของ

โรคก็ยังมีตลอดไปจน 8 เดือนให้หลัง ก็ได้ทำ cardiac catheterization และ angiogram เพื่อที่จะดูความเสื่อมเสียของ mitral valve ปรากฏว่าเสียมาก จึงได้ใช้วิธีผ่าตัดซ่อมลิ้นที่รั่ว เด็กจึงมีอาการดีขึ้น ซึ่งก็ตรงกับผลการผ่าตัดของชาวตะวันตก⁽⁹⁻¹⁰⁾ ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของวิธีหนึ่ง ของการดำเนินโรคของหัวใจรูมาติก แต่ทั้งนี้มิใช่ว่า ทุกรายของรูมาติกหัวใจจะมีวิถีทางของโรคเป็นแบบนั้น จากการศึกษาของแพทย์ชาวตะวันตก⁽⁹⁻⁸⁾ และของเรา⁽¹¹⁾ พบว่าความรุนแรงของโรครูมาติกหัวใจนั้นไม่แน่นอน โดยเฉพาะ

ในกลุ่มโรครูมาติกหัวใจที่ไม่วาย พบว่า : 60 เปอร์เซ็นต์ heart murmur จะหายสนิทเองไม่ว่าจะรักษา โดยเพียงให้พักเฉยๆ, หรือให้ aspirin อย่างเดียวหรือให้ prednisolone อย่างเดียวหลังจากได้ฆ่าเชื้อ streptococcus ด้วยยาปฏิชีวนะเหมือนกันแล้ว

ในกลุ่มรูมาติกหัวใจที่มีหัวใจวายร่วมนั้น 30% heart murmur จะหายสนิทเองได้เช่นกันไม่ว่าจะรักษาโดยวิธีให้ prednisolone ร่วมกับ anticongestive heart failure, หรือให้แต่ anticongestive heart failure แต่อย่างเดียว โดยทั้งคู่ หลังจากให้ยาฆ่าเชื้อ streptococcus ด้วยยาปฏิชีวนะ ตามมาตรฐาน แต่พบว่าในระยะแรกของโรค อัตราการตายจะเป็น 2 เท่าในรายที่ไม่ได้ให้ prednisolone แต่ทั้งนี้ยัง

บอกไม่ได้แน่นอนเนื่องจากว่า จำนวนที่รักษาและติดตามยังน้อย และก็ไม่ได้ศึกษาด้วยการเปรียบเทียบอย่างจริงจัง

เท่าที่สังเกตมาพบว่าความรุนแรงของโรครูมาติกหัวใจนั้นขึ้นกับ ความรุนแรงของไข้, สภาพของหัวใจเช่น เต้นเร็วมากหรือมีขนาดโตขึ้นอยู่เรื่อยๆ เป็นต้น ฉะนั้นเพื่อไม่ให้ไข้ยาพุ่มเพื่อนจนเกินไป และเพื่อรักษาเศรษฐกิจของบ้านเรา จึงขอแนะแนวในการรักษาโรครูมาติกหัวใจดังนี้คือ

1. ให้ยาปฏิชีวนะทุกรายเพื่อฆ่าเชื้อ streptococcus ตามมาตรฐาน⁽¹²⁾
2. ให้คนไข้พักผ่อนกว่า ความรุนแรงของโรคผ่านไป⁽¹²⁾
3. การเลือกให้ยาลดการอักเสบ
 - 3.1 Salicylate ให้เมื่อมีอาการเจ็บข้อมาก หรือโรครูมาติกหัวใจที่มีไข้สูงมาก
 - 3.2 Prednisolone ให้ในรูมาติกหัวใจที่มีหัวใจวายร่วมกับ :
 - ไข้สูงมาก
 - หัวใจเต้นเร็ว และควบคุมไม่อยู่ด้วย digoxin
 - หัวใจวายและควบคุมไม่อยู่ด้วย digoxin
 - Pericardial friction rub.
 - ใอมาจาก rheumatic pneumonitis

สรุป

เด็กหญิงไทยอายุ 9 ปี บ่วยเป็นโรค mitral valve annulus การร้กษาค้ที่ยอมร้บกัน
active rheumatic carditis จากเริ่มแรกจน มี : ยาปฏิชีวนะ การพัก และยาลดการอักเสบ
หัวใจวาย และได้รับการร้กษาตามมาตรฐาน โดยพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ในวาระสุดท้ายอาจ
ด้วยวิธีการต่าง ๆ จนท้ายสุดต้องผ่าตัดค้ซ่อม ต้องอาศัยผ่าตัดค้ช่วย

References

1. Wilson, M.G. Helper, H.N., Lubschez, R., Hain, K. and Epstein, N. : Effect of short-term administration of corticotropin in active rheumatic carditis Am. J. Dis. Child. 86 : 131, 1953
2. Wilson, M.G. : Rheumatic fever. London, published for common wealth Fund, by Oxford University Press, p 145, 1940
3. U.K. and U.S. Joint report : The evaluation of rheumatic heart disease in children: Five year report of a cooperative clinical trial of ACTH, cortisone and Aspirin. Circulation, 22 : 503, 1960
4. U.K. and U.S. joint report : The natural history of rheumatic fever and rheumatic heart disease : Cooperative trial of ACTH, cortisone and Aspirin. Circulation 32 : 457, 1965
5. Harris, T.N., Friedman, S., Needleman, H.L. and Saltzman, H.A. : Therapeutic effects of ACTH and cortisone in rheumatic fever ; cardiologic observations in a controlled series of 100 cases. Pediatrics, 17 : 11, 1956
6. Friedman, S., Harris, T.N. and Caddell, J.L. : Long-term effects of ACTH and cortisone therapy in rheumatic fever, J. Pediat., 60 : 55, 1962
7. Czoniczer, G., Amerzuca, F., Pelargonio, S. and Massell, B.F. Therapy of severe rheumatic carditis; comparison of adrenocortical steroids and Aspirin. Circulation, 29 : 813, 1964
8. Jones criteria (revised) for guidance in the diagnosis of rheumatic fever. Circulation, 32 : 664, 1965
9. Gotsman, M.S., Van Der Horst, R.L. and LeRoux, B.T. : An approach to the surgery of mitral valve disease in children, Isr. Med. Sci. 2 : 130, 1975
10. Oury, J.H., Peterson, K.L., Folkerth, T.L. and Daily, P.O. : Mitral valve replacement versus reconstruction; An analysis of indications and results of mitral valve procedures in a consecutive series of 80 patients, J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 73 : 825, 1977
11. Sueblinvong, V. : Revised management of active rheumatic carditis in developing country. to be published.
12. Markowitz, M. and Gordis, L. : Rheumatic fever, second edition, W.B. Saunders company, 1972