



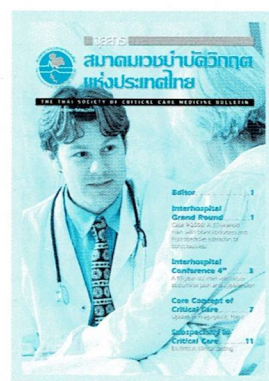
ลสารฯ ฉบับนี้ตีพิมพ์ซ้ำว่ากำหนดพอสมควรเนื่องจากมีปัญหारेื่องต้นฉบับบางประการ ฉบับต่อไปจะพยายามให้ตรงตามกำหนดมากกว่านี้ขออภัยในความล่าช้ามา ณ. โอกาสนี้ด้วยครับ ในจุลสารฯ ฉบับนี้ท่านผู้อ่านจะได้พบกับภาคต่อของ anaphylaxis ในด้านการรักษาและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำจาก ผศ.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานประยุกต์ที่มีประโยชน์ในการอธิบายกลไกการเกิดโรคติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในหอผู้ป่วยวิกฤตคือเรื่อง biofilms in clinical setting จาก รศ.นพ.วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์ จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และยังมีรายงานผู้ป่วยน่าสนใจอีก 2 รายจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขณะนี้ทางสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทยกำลังจัดเตรียมงานประชุมใหญ่ 2 งานคืองานอบรมระยะสั้นและการประชุมประจำปีของสมาคมฯ ซึ่งจะจัดในวันที่ 28 พ.ย. 50 - 1 ธ.ค. 50 ที่โรงแรมปริ้นซ์พาเลซ หัวข้อของงานคือ *"Critical Care in Every Day Practice"* รายละเอียดติดตามได้จากในเล่มครับ และอีกงานคือการจัดงานประชุมระดับนานาชาติโครงการ *"International Critical Care Meeting in Thailand"* โดยกำหนดการจัดประมาณเดือนตุลาคม 2552 จะทยอยนำรายละเอียดมาแจ้งให้ท่านสมาชิกทราบครับ

ท้ายสุดนี้ขอให้ท่านสมาชิกและผู้อ่านทุกท่านมีความสุขกับการทำงานในหอผู้ป่วยวิกฤตเพราะถ้าเราทำงานอย่างมีความสุขแล้วแม้งานหนักแค่ไหนเราก็จะไม่ย่อท้อหรือหมดกำลังใจ พบกันใหม่ฉบับหน้าครับ

พ.อ.ครรชิต ปิยะเวทวิรัตน์

สารนิยายกร



Interhospital Grand Round

Case 9-2550: A 33-year-old man with blunt abdomen and Post-operative alteration of consciousness

พ.ต.ต.นพ.ธนพงษ์ หงษ์พร้อมญาติ / อ.นพ.ธรรมศักดิ์ ทวีศรี / อ.นพ.สพล ปุญญถาวร

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 33 ปี อาชีพคนงานก่อสร้าง ภูมิลำเนา จ.เชียงราย refer จาก รพ.เอกชน

อาการสำคัญ

ประสบอุบัติเหตุ กำแพงคอนกรีตล้มทับ

ประวัติปัจจุบัน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะกำลังทำงานรื้อถอนอาคาร กำแพงคอนกรีตที่กำลังรื้อถอนล้มทับ เพื่อนคนงานช่วยนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดต้นขา สะโพก ท้อง และทรวงอกด้านซ้าย

แรกรับที่ รพ.เอกชน วัด BP 50/30 mmHg, P 126/min, Hct 29% ได้รับ crystalloid 2000 ml ร่วมกับ pelvic wrapping แล้ว refer มา รพ.จุฬาฯ

ประวัติอดีต

- ปฏิเสธโรคประจำตัวใดๆ
- ดื่มสุราทุกวันตอนเย็น ประมาณวันละ ขวด เป็นเวลา 10 ปี เคยหยุดดื่มได้เป็นพักๆ ประมาณครั้งละ 1 เดือน ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ
- เคยมีอาการประสาทหลอน เหมือนมีคนจะมาทำร้าย เมื่อประมาณ 10 ปีก่อน
- สูบบุหรี่วันละ 4-5 มวนต่อวัน มา 10 ปี

การตรวจร่างกาย

Vital signs: E4V5M6, BP 60/40 mmHg, PR 128/min, RR 22/min

HEENT: pale, no jaundice

Lung: clear, decrease BS Lt

Abdomen: tender with distension





Pelvic compression test positive

Investigation

CXR: พบ Fracture Lt rib 9, 10, 11 with Lt Pneumothorax

Film pelvis: พบ fracture left inferior and superior pubic rami ร่วมกับ fracture right acetabulum

CBC: Hb/Hct 8.3/25.6, WBC 25,760, PMN 86%, Lymph 9.3%, Mono 4.4%, Plt 195,000

Blood Chemistries: BS 219 mg/dl, BUN 19 mg/dl, Cr 1.6 mg/dl, TB 0.26, DB 0.08, ALK 40, SGOT 54, SGPT 24, Alb 2.0, Glob 1.8, Na⁺ 143, K⁺ 3.1, Cl⁻ 110, HCO₃⁻ 14

อภิปรายและการดำเนินโรค

ผู้ป่วยได้รับการ Resuscitation ที่ห้องฉุกเฉิน ได้รับการใส่ Lt ICD ทำ DPL ผล positive (ได้เลือดสีแดง) จึงได้รับการผ่าตัด Explore Laparotomy ฉุกเฉิน พบ Retroperitoneal hematoma zone II+III, R/O right kidney injury และ urinary bladder ไม่ได้ พบ Intraperitoneal blood ประมาณ 200 ml, small และ large bowel ปกติไม่พบการบาดเจ็บ ศัลยแพทย์ได้ทำการ Remove blood clot, Abdominal vacuum closure และเนื่องจากกระหว่างผ่าตัดไม่มีปัสสาวะออกเลย จึงได้รับการทำ Open Suprapubic cystostomy และ cystoscope พบว่ามี complete tear of bladder neck จึงได้ retain Foley catheter และ suprapubic cystostomy ไว้

หลังผ่าตัดได้ย้ายผู้ป่วยเข้า Surgical ICU ให้ ventilatory support หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่งได้ สัญญาณชีพคงที่ เข้าวันรุ่งขึ้นจึงได้ส่งผู้ป่วยไปทำ Bilateral pelvic angiogram พบ Pseudoaneurysm ขนาด 12*9 mm of Right internal pudendal artery, และเห็น contrast extravasation from Right obturator artery ได้ทำ gel foam and three Nester coil Embolization หลังทำพบว่าประสบความสำเร็จดี นอกจากนี้ยังได้รับการทำ Bilateral renal angiogram เพื่อ R/O renal injury พบว่าผลปกติ

หลังทำได้ย้ายเข้า SICU สัญญาณชีพคงที่ วันต่อมาความดันโลหิตค่อยๆ สูงขึ้น ต้องควบคุมความดันด้วย Nicardipine และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและ Extubation ได้ในวันต่อมา วันที่ 4 หลังผ่าตัดเริ่ม Start TPN ทาง central line และย้ายออกจาก SICU วันต่อมาผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้งเพื่อ Change vacuum abdominal closure with progressive fascia closure และได้ off ICD ในวันต่อมา หลังทำผู้ป่วยเริ่มจิบน้ำได้

ในวันที่ 11 หลังนอนโรงพยาบาล ตกกลางคืน ผู้ป่วยมีอาการสับสน เพื่อ พูดคนเดียว กลัวคนจะมาทำร้าย ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพคงที่ ปรีกษาคิดแพทย์ Impression เป็น Delirium due to multiple etiology ให้การรักษาด้วย Haloperidol⁽²⁾ ก่อนนอน และ 2.5 mg IV stat and prn for agitation ร่วมกับให้ Thiamine 1amp IV OD * 3 day เนื่องจากมีประวัติดื่มสุราเป็นประจำมาก่อนหน้านี้

อีก 2 วันต่อมา เริ่มมีไข้สูง เหนื่อย ไม่มีอาการปวดท้อง แพทย์เจ้าของไข้ได้ให้ออกซิเจน mask with bag 10 LPM, ส่ง Hemoculture,

off CVC ส่ง catheter tip culture, CXR ไม่พบ significant infiltration ผลเลือด พบ WBC 40,120 PMN 91.4% ร่วมกับส่ง CT upper and lower abdomen เพื่อหาสาเหตุของไข้ จาก CT ไม่พบ intraabdominal collection ใดๆ ที่จะเป็นสาเหตุของไข้ พบเพียง bowel dilate และ Lt pleural effusion ร่วมกับ LLL atelectasis แพทย์เจ้าของไข้จึงได้ใส่ Lt ICD ใหม่ ส่ง effusion gram stain และ culture เปลี่ยน antibiotic จาก Ceftriazone เป็น Salperazone 3 gm IV ทุก 12 hr ร่วมกับ Metronidazole 500 mg IV ทุก 8 hr

วันต่อมาผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น ยังมีไข้ BP drop, Pulse เร็ว ตรวจร่างกายไม่พบลักษณะของ warm shock ที่ชัดเจน ต่อมาจึงย้ายผู้ป่วยเข้า SICU อีกครั้ง แพทย์ได้ให้ fluid resuscitation ให้ vasopressor (dopamine, norepinephrine) ให้รักษาแบบ septic shock ซึ่งผลตรวจเลือดที่สำคัญคือพบว่ามี CPK สูงขึ้นมาก (CPK=60,170) ร่วมกับมี BUN=100, Cr=6.77 เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น electrolyte และ coagulation ผิดปกติ มี liver enzyme เพิ่มขึ้น มีภาวะ metabolic acidosis ปัสสาวะออกน้อย นอกจากนี้ ผลการเพาะเชื้อที่ Tip catheter ขึ้นเป็น Enterococcus faecalis ส่วนผล H/C ขึ้น Gram positive cocci in chain (2 วันต่อมาจึงระบุเป็นเชื้อ Enterococcus faecalis ร่วมกับ Pseudomonas aeruginosa และ Acinetobacter baumannii) แพทย์เจ้าของไข้จึงเปลี่ยน antibiotic เป็น Vancomycin 1gm IV ทุก 6 hr ร่วมกับ Tienam 500 mg IV then 250 mg IV ทุก 8 hr และ Metronidazole ขนาดเดิม

วันต่อมา สัญญาณชีพผู้ป่วยเริ่มคงที่ ลด vasopressor และหยุดได้ ผู้ป่วยได้รับการทำ CVVH ไข้เริ่มลดลง แต่มีปัญหาน้ำตาลในเลือดสูง จึงต้องใช้ RI ในการควบคุม อีกวันต่อมาไม่มีไข้ เม็ดเลือดขาวลง CPK ลดลง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ อีกสองวันต่อมา เริ่มรับประทานอาหารและย้ายออกจาก SICU ได้

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้น่าจะมีไข้ และภาวะ shock ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเกี่ยวข้องกับ central venous catheter (CRBI) แต่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุที่ CPK ขึ้นสูงมาก ร่วมกับการเกิด rhabdomyolysis และมีภาวะ acute renal failure อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างชัดเจน ประวัติการเกิดอุบัติเหตุก็ไม่ได้เป็นแบบ crush injury ที่รุนแรง และไม่เกิดทันทีหลังอุบัติเหตุ แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีประวัติได้รับ haloperidol ซึ่งเป็น neuroleptics drug ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดมีภาวะที่เรียกว่า neuroleptic malignant syndrome (NMS) ได้ และอาจทำให้มีไข้สูง และ CPK สูงขึ้นได้ แต่โดยทั่วไป NMS จะมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่ชัดเจนในผู้ป่วยรายนี้ ส่วน autonomic dysfunction และ alteration of consciousness นั้นสามารถเข้าใจได้ ดังนั้นผู้ป่วยรายนี้น่าจะมีภาวะ septic shock จาก CRBI ร่วมกับ NMS ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาอย่างรวดเร็ว สำหรับการรักษาก็ให้การรักษาการติดเชื้อด้วยยาปฏิชีวนะ การกำจัดแหล่งของเชื้อด้วยการเอา CVC ออก ให้การรักษาประคับประคอง และรักษาตามอาการ และพบว่าการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepine



สามารถช่วยให้อาการทางคลินิกของ NMS ดีขึ้นได้

The neuroleptic malignant syndrome (NMS) เป็นภาวะที่พบไม่บ่อย แต่อาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยเป็นการตอบสนองที่ไม่ทราบสาเหตุต่อ neuroleptic medication โดยมีลักษณะทางคลินิกคือ Fever, muscular rigidity, altered mental status และ autonomic dysfunction พบ incidence ประมาณ 0.02-12.2% ของผู้ป่วยที่ได้รับยา NMS มี criteria ในการวินิจฉัยดังนี้

1. Recent treatment with neuroleptics within past 1-4 weeks
2. Hyperthermia (above 38°C)
3. Muscular rigidity
4. At least 5 of the following:
 - 4.1 Change in mental status
 - 4.2 Tachycardia
 - 4.3 Hypertension or hypotension
 - 4.4 Diaphoresis or sialorrhea
 - 4.5 Tremor
 - 4.6 Incontinence
 - 4.7 Increased creatinine phosphokinase (CPK) or urinary

myoglobin

4.8 Leukocytosis

4.9 Metabolic acidosis

5. Exclusion of other drug-induced, systemic, or neuropsychiatric illness

6. Exclusion of other central and systemic causes of hyperthermia

การรักษาประกอบด้วย

1. Cessation of neuroleptic drugs
2. Supportive medical and nursing care
3. Dopamine agonist
 - a. Amantadine 100 mg q 8 h PO/NG (200-400 mg/day)
 - b. Bromocriptine 2.5-5 mg q 8 h PO/NG (<30mg/day)
4. Skeletal Muscle Relaxant
 - a. Dantrolene 1-2.5 mg/kg IV (1 mg/kg q 6h)
 - b. Lorazepam 1-2 mg q 8 h IM/IV (1-8 mg/day)

เมื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน

3-7 วัน

References:

1. Adeeb Yacoub, Andrew Francis: Neuroleptic malignant syndrome induced by atypical neuroleptics and response to lorazepam. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2006;2(2): 235-240
2. <http://www.nmsis.org>



Critical care Interhospital conference ครั้งที่ 4

A 40-year-old man with acute abdominal pain and hypotension; sw.จุฬาลงกรณ์

พญ.จิตติพร นภาพระสิทธิ์

รศ.นพ. รังสรรค์ ฤกษ์นิมิตร

ผศ.นพ. สหอด ปุณณฤถาวร

แพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาวิชาเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์

สาขาวิชาเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

ผู้ป่วยชายไทย

อายุ 40 ปี ที่อยู่ จ. กรุงเทพฯ

อาการสำคัญ

มีอาการปวดท้องมา 6 ชม. ก่อนมารพ.

ประวัติปัจจุบัน

6 ชม. ก่อนมารพ.หลังจากดื่มสุรา ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ร่วมกับมีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกทั้งสองข้าง หลังจากนั้นเริ่มมีอาการหอบเหนื่อยหายใจเร็ว ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

2 ชม. ก่อนมารพ. มารดาผู้ป่วยสังเกตว่าผู้ป่วยซีดลง หายใจ

ยังเร็วจึงพามารพ.

ประวัติอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว

สูบบุหรี่ วันละ 1 ซองมา 10 ปี

ดื่มสุราวันละ 2-3 ขวด นาน 10 ปี

การตรวจร่างกาย

A man of his age with Kussmaul breathing, drowsiness, not co operative

