

คลินิกปริศนา

ศรัณย์พงศ์ ภิบาลญาติ, พ.บ.*

* กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 19 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง เหนื่อยมากขึ้นมาประมาณ 3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติเพิ่มเติมว่าสังเกตเท้าและเล็บเท้า มีสีเขียวม่วงมากขึ้นโดยเฉพาะเวลาออกแรงมากหรือเดินไกล ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีอาการไอมากขึ้น ไม่มีเสมหะ รู้สึกว่ามีไข้ต่ำๆ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่มีแขนขาบวมมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

แพทย์ที่ดูแลได้ตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ ดังนี้ อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ตรวจหัวใจ พบ active precordium, left parasternal heave, normal S1, loud P2, continuous murmur grade IV/VI at left upper parasternum

ตรวจมือและเท้า พบลักษณะดังรูป



รูปที่ 1 เล็บมือและเล็บเท้า มีสีเขียวม่วงมากขึ้นโดยเฉพาะเวลาออกแรงมาก

จงให้การวินิจฉัย

อภิปรายผล

จากประวัติผู้ป่วย มี Progressive Dyspnea and Cyanosis on Exertion และการตรวจร่างกาย ที่พบ RV heaving ซึ่งแสดงถึงภาวะ Right Ventricular Pressure Overload และตรวจพบ Continuous Murmur ทำให้สงสัยว่าผู้ป่วยน่าจะมี ภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดบางชนิด ที่จำเพาะกับการตรวจร่างกายดังกล่าว ได้แก่ Patent Ductus Arteriosus (PDA) ที่มีการดำเนินโรคที่เป็นมากขึ้น (progressive disease) และเมื่อร่วมกับการตรวจพบแขนขาที่มีลักษณะเฉพาะ ที่เรียกว่า “Differential Cyanosis / Differential Clubbing” กล่าวคือ มือและเล็บมือ ที่มีลักษณะสีชมพู (pink) ไม่มีนิ้ว โป่ง (no clubbing of finger) ซึ่งแตกต่างจากเท้า และเล็บเท้า ที่มีลักษณะสีเขียวม่วง (blue) โดยเฉพาะตอนออกแรง และมีนิ้วโป่ง (clubbing of finger) เมื่อทำการตรวจวัดค่าความอิ่มตัวของ ระดับออกซิเจน (SpO2) ที่บริเวณปลายนิ้วมือได้ ร้อยละ 100 ส่วนที่บริเวณปลายนิ้วเท้าได้ร้อยละ 83 จึงเป็นการยืนยันการวินิจฉัยภาวะดังกล่าว แสดงว่ามีความดันเลือดในปอดสูงมาก จนเกิด ลักษณะที่เรียกว่า Eisenmenger Syndrome กล่าวคือมีเลือดที่พร่องออกซิเจน (deoxygenated blood) ไหลจาก Pulmonary Artery ผ่านทาง PDA สู่เส้นเลือดใหญ่ Aorta (right to left shunt) ลงสู่ ขาทั้ง 2 ข้าง ทำให้ขาทั้งสองข้างเกิดภาวะพร่อง ออกซิเจนเรื้อรัง จนตรวจพบอาการแสดงดังกล่าว ในผู้ป่วยรายนี้ ได้ทำการตรวจคลื่นเสียงสะท้อน

หัวใจ พบ Large PDA ขนาด 10 มิลลิเมตร ลักษณะ Left to Right Shunt ร่วมกับ Coarctation of Aorta เป็นการยืนยันการวินิจฉัยดังกล่าว

อนึ่ง ภาวะ Differential Cyanosis/ Differential Clubbing นั้นนอกจากจะพบในภาวะ PDA with Severe Pulmonary Hypertension (จนเข้าสู่ eisenmenger syndrome) แล้วยังสามารถพบได้ในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด อื่นๆ เช่น PDA with Coarctation of Aorta, Interrupted Aortic Arch ซึ่งพบได้น้อยกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Moccetti F, Kaufmann BA, Tobler D. Differential clubbing and cyanosis: a pathognomonic finding in cardiology. Eur Heart J 2014; 35: 1410.
2. Sabnis GR, Phadke MS, Lanjewar CP, Kerkar PG, Nabar AA. Differential cyanosis and clubbing sparing a single limb. J Am Coll Cardiol [Internet] 2014 [cited 2018 Oct 21]; 63:e33. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0735109714004483/1-s2.0-S0735109714004483-main.pdf?_tid=a14a1046-14f9-4178-9d06-ef5d50c816ce&acdnat=1543811128_4bb28e34b2fae20574cb6c298f2b4e68