



## ปอดอักเสบซ่อนเร้นในเด็ก (Pediatric Occult Pneumonia)

อุเทน ปานดี, พบ., กุลกัสน์ ลิ้มสมุทรวรรณ, พบ.

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 104000 ประเทศไทย

ปอดอักเสบ (pneumonia) หมายถึง การอักเสบของถุงลมและหลอดลมฝอยส่วนเนื่องมาจากการติดเชื้อซึ่งอาจมาจากในกระแสเลือดหรือจากการหายใจ ทำให้เกิดการรั่วของพลาสมาและการทำงานของสารเพิ่มแรงตึงผิวลดลง ทำให้มีความบกพร่องของการแลกเปลี่ยนแก๊สในถุงลมปอด

ปอดอักเสบเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปีทั่วโลกโดยส่วนใหญ่จะอยู่ในทวีปเอเชีย และแอฟริกา ดังนั้นการวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยแรกของโรคจึงมีความสำคัญ<sup>(1)</sup> ในการที่จะให้การรักษาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการเสียชีวิตที่อาจเกิดตามมาได้

ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบ ส่วนใหญ่มีอาการไข้ ร่วมกับอาการทางระบบหายใจได้แก่ ไอ หายใจลำบาก หายใจเร็วหรืออาจมาแสดงด้วยอาการปวดท้อง จากการที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดจากการอักเสบของปอดกลีบขวาและเกิด reffer pain มาที่ส่วนบนของช่องท้อง<sup>(2)</sup>

อาการหายใจเร็วที่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของโรคปอดอักเสบ ตามเกณฑ์อายุขององค์การอนามัยโลก มีดังนี้<sup>(1)</sup>

- อายุน้อยกว่า 2 เดือน อัตราการหายใจมากกว่า หรือเท่ากับ 60 ครั้งต่อนาที
- อายุ 2 เดือน -1 ปี อัตราการหายใจมากกว่า หรือเท่ากับ 50 ครั้งต่อนาที
- อายุ 1-5 ปี อัตราการหายใจมากกว่า หรือเท่ากับ 40 ครั้งต่อนาที
- อายุมากกว่า 5 ปี อัตราการหายใจมากกว่า หรือเท่ากับ 30 ครั้งต่อนาที

แต่ทั้งนี้ อาการและอาการแสดงดังกล่าวข้างต้นนั้น ไม่มีอาการหรืออาการแสดงใดเพียงอย่างเดียวที่จะสามารถทำนายการเกิดโรคปอดอักเสบได้อย่างแม่นยำ<sup>(3)</sup>

ปอดอักเสบซ่อนเร้น (occult pneumonia) หมายถึงภาวะปอดอักเสบที่ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงทางระบบหายใจ แต่ได้รับการวินิจฉัยจากภาพรังสีปอดที่ผิดปกติจากการศึกษาแบบ retrospective study<sup>(4)</sup> พบว่าสามารถพบภาวะปอดอักเสบซ่อนเร้นได้ร้อยละ 5.3 ในเด็กที่มาด้วยไข้แต่ไม่มีอาการแสดงทางระบบหายใจที่ผิดปกติ โดยพบว่าปัจจัยที่ช่วยบ่งชี้ถึงภาวะปอดอักเสบซ่อนเร้นประกอบด้วยระยะเวลาของอาการไอ ระยะเวลาการมีไข้ และจำนวนการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาวโดยเฉพาะมากกว่า 20,000 /mm<sup>3</sup>

### รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 2 ปี มาโรงพยาบาล ด้วยอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว เมื่อ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล โดยมีประวัติ 1 สัปดาห์ก่อน ผู้ป่วยมีน้ำมูกเป็นๆ หายๆ มีไอเสมหะไม่มีไข้ จากนั้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีไข้ ไอมีเสมหะ น้ำมูก ไม่เหนียว ไม่ซึม กินได้ ไม่มีถ่ายเหลว 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขณะกำลังนอน พบว่ามีอาการตาเหลือกขึ้นบน แขนขาเกร็งกระตุกทั้งสองข้างเป็นประมาณ 3-5 นาที จากนั้นหยุดชักเอง ไม่มีปีสภาวะ อุจจาระราด จากนั้นเริ่มตื่นรู้ตัว จึงมาถึงโรงพยาบาล ประวัติอดีตคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ 31 สัปดาห์) ผ่าตัดคลอดเนื่องจากรกเกาะต่ำ น้ำหนักแรกเกิด 1,910 กรัม Apgar score 7,10 ที่นาที ที่ 1, 5 ตาม



ลำดับ ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ ปฏิเสธอาการชักมาก่อนหน้านี้ ประวัติมารดาเคยมีอาการไข้สูงแล้วชักตอนเด็ก ตรวจร่างกาย แรกรับ vital signs อุณหภูมิ 37.8°ซ (วัดทางรักแร้), ชีพจร 148 /นาที , อัตราการหายใจ 24 /นาที , ความดันโลหิต 104/58 mmHg การตรวจร่างกายพบว่า เด็กตื่นตัว พบน้ำมูกและโพรงจมูกแดงโดยคอหอยและทอลซิลไม่แดง ตรวจร่างกายทางระบบหายใจพบว่าไม่มีอกบวม มีลมเข้าปอดดีและเสียงการหายใจปกติ ไม่พบเสียงหัวใจผิดปกติ การตรวจช่องท้องไม่พบก้อนหรือตับม้ามโต ระบบประสาทพบว่ารูม่านตาตอบสนองกับแสงปกติ ขนาดรูม่านตาเท่ากันทั้ง 2 ซ้าง การเคลื่อนไหวของลูกตาดปกติ ความแข็งแรงและตั้งตัวของกล้ามเนื้อปกติ และไม่พบอาการแสดงของการระคายเคืองของเยื่อหุ้มสมอง

จากประวัติและตรวจร่างกายมีอาการไข้ ไอ น้ำมูก และชัก ในเบื้องต้นไม่คิดถึงการติดเชื้อทางระบบประสาท เนื่องจากตรวจไม่พบ meningeal irritation sign ที่ผิดปกติ ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) วันที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล พบ leukocytosis (WBC 21,140 Neutrophil 72%, Lymphocyte 20%, band 2%, Platelet 129,000 Hb10.9 Hct 32.8 %) ตรวจปัสสาวะผลปกติ และได้ตรวจ nasal swab rapid test for influenza A,B ผล-negative

จากประวัติและอาการของผู้ป่วย นึกถึง simple febrile convulsion มากที่สุด โดยสาเหตุของไข่น่าจะเกิดจาก acute rhinitis โดยเบื้องต้นให้การรักษาตามอาการเนื่องจากนึกถึงการติดเชื้อไวรัส จากการติดตามดูอาการพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการชักซ้ำอีก แต่ยังมีไข้สูงร่วมกับน้ำมูกใสและไอ ตรวจร่างกายระบบอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงระบบหายใจ no tachypnea, no retraction, no adventitious sound, good air entry วันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีอาการไข้จึงได้ พิจารณาส่งตรวจ CBC อีกครั้ง พบ leukocytosis ลดลง (WBC 15,070; Neutrophil 69%, Lymphocyte 18%, band 2% Atypical lymphocyte 4% Platelet 500,000 Hb 10.5 Hct 31.75) และส่งตรวจภาพรังสีปอด พบว่ามี patchy opacity at superior segment of RLL ร่วมกับ

ยังมีไข้สูง จึงนึกถึงปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย และเริ่มให้ยาปฏิชีวนะแบบฉีด หลังจากให้ยาปฏิชีวนะ พบว่าไข้ลง ภายใน 24 ชั่วโมง อาการดีขึ้นจึงปรับเป็นยาปฏิชีวนะแบบรับประทานและให้ออกจากโรงพยาบาลได้ และนัดมาติดตามอาการอีกครั้ง

## อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้โดยไม่มีอาการทางระบบหายใจ คือ ไอ หายใจเร็ว หายใจลำบาก หรือเสียงปอดผิดปกติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่แนะนำให้ทำการส่งตรวจภาพรังสีปอดทุกราย<sup>(1)</sup> โดยในผู้ป่วยรายนี้อาการทางระบบหายใจที่เด่นคือ มีน้ำมูก ส่วนอาการไอไม่เด่นชัด และตรวจร่างกายไม่พบหายใจเร็วหรือพบเสียงปอดที่ผิดปกติจึงไม่ได้ส่งตรวจภาพรังสีปอดในวันแรก และจากผลการตรวจนับเม็ดเลือดในวันแรกพบลักษณะของ leukocytosis ซึ่งสามารถพบได้โดยเฉพาะในผู้ป่วยรายนี้ที่มาด้วยอาการชัก กล่าวคือ มีการศึกษาในปี พ.ศ. 2550 พบว่าเด็กอายุมากกว่า 6 เดือนที่มาห้องฉุกเฉิน ด้วยอาการไข้และชัก นั้นสามารถตรวจพบเม็ดเลือดขาวที่สูงขึ้นได้ โดยพบได้ร้อยละ 8 ในกลุ่มที่ไม่มีอาการชักต่อเนื่อง และร้อยละ 42 ในกรณีที่มีภาวะชักต่อเนื่อง แต่ทั้งนี้เม็ดเลือดขาวจะลดลงมาสู่ค่าปกติภายใน 24 ชั่วโมง<sup>(5)</sup> การดำเนินโรคของผู้ป่วยรายนี้ จะเห็นได้ว่าหลังจกติดตามอาการแล้วไข้ยังสูง โดยที่ตรวจร่างกายไม่พบสาเหตุของไข้อื่นๆ รวมทั้งตรวจระบบหายใจไม่มีหายใจเร็วและไม่พบเสียงปอดที่ผิดปกติ แต่เมื่อตรวจ CBC ซ้ำพบว่ายังมี leukocytosis อยู่ จึงได้ส่งตรวจภาพรังสีปอดซึ่งพบลักษณะ patchy infiltration at RLL ซึ่งเข้าได้กับ pneumonia ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>(4)</sup> ที่แนะนำว่าอาการไข้ที่นาน การมีเม็ดเลือดขาวที่เพิ่มขึ้นแม้ตรวจไม่พบความผิดปกติทางระบบหายใจก็ควรจะนึกถึงภาวะปอดอักเสบซ่อนเร้นไว้ในการวินิจฉัยแยกโรคเช่นกัน กล่าวสรุปโดยรวมและสิ่งที่ต้องคำนึงถึงผู้ป่วยรายนี้ มีประเด็นที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการที่ต้องคิดถึงภาวะปอดอักเสบซ่อนเร้นอยู่ในการวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยไข้แม้จะตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติของระบบหายใจก็ตาม



## References

1. World health organization. Pneumonia. Fact sheet NO.331, November 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/> (Access 15 June 2015)
2. Harris M, Clark J, Coote N, Fletcher P, Harnden A, McKean M, et al; British society standard of care Committee. Thoracic Society Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in children. *Thorax* 2011;66:1-23.
3. Rambaud-Althaus C, Althaus F, Genton B, D'Acremont V. Clinical features for diagnosis of pneumonia in children younger than 5 years: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2015;15:439-50.
4. Murphy CG, van de Pol AC, Harper MB, Bachur RG. Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child. *Acad Emerg Med* 2007;14:243-9.
5. Aydogan M, Aydogan A, Kara B, Basim B, Erdogan S. Transient peripheral leukocytosis in children with afebrile seizures. *J Child Neurol* 2007;22:77-9.