

โรคลิ้นหัวใจ ไมตรัล ตีบจากไข้ รุห์มาติก ในโรงพยาบาลศิริราช

๔. ข้อมูลในผู้ป่วยอายุน้อย

ยศวีร์ สุขุมลันท์ พ.บ.,* วิภา ทองมิตร พ.บ., วท.ม. แพทยศาสตร์*

ม.ร.ว. พริ้งสาร บุ่มพล พ.บ., D.Sc. Med.*

(ภาควิชาศัลยศาสตร์)

(หัวหน้าภาควิชา: ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปษะภุณณะ)

ปรีชา วิจิตพันธ์ พ.บ.

(ภาควิชากุมารเวชศาสตร์)

(หัวหน้าภาควิชา: นายแพทย์ประสงค์ ตูจินดา)

วรวิทย์ วงศ์ทองศรี พ.บ., แม้น หรพงษ์ พ.บ., วท.ม. แพทยศาสตร์

(ภาควิชาอายุรศาสตร์)

(หัวหน้าภาควิชา: ศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตต์ ตูจินดา)

เรื่องย่อ. สุขุมลันท์, ยศวีร์, และคณะ : โรคลิ้นหัวใจ ไมตรัล ตีบจากไข้ รุห์มาติก ในโรงพยาบาลศิริราช. ๔. ข้อมูลในผู้ป่วยอายุน้อย. สารศิริราช ๒๕๓๓, ๒๒ : ๑๙๓-๑๙๑.

ในระยะปี พ.ศ. ๒๕๐๓ ถึง ตุลาคม ๒๕๑๐ ได้มีการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ไมตรัล ตีบจากไข้ รุห์มาติก ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๖ ปี ๓๒ ราย (๑๒.๕ ปช. ของผู้ป่วยทั้งหมด). อัตราผู้ป่วยชายสูงกว่าหญิงเล็กน้อย. อาการมักเป็นในระยะเวลากลางคืนและรุนแรง. ลิ้นมักจะตีบมาก. ผู้ป่วยหนึ่งรายเสียชีวิตหลังผ่าตัด (อัตราตาย ๓ ปช.) เนื่องจากอาการหนักมาก. รายอื่นๆ ที่กลับมาติดตามการรักษาหลังผ่าตัดสบายดีทุกคน, นอกจากรายหนึ่งที่เกิดมีอาการลิ้นหัวใจรั่วอย่างมากและได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. มีรายเดียวที่มีการกำเริบของไข้ รุห์มาติก หลังผ่าตัด. โดยที่ผู้ป่วยหลายรายต้องเสียชีวิตจากอาการหัวใจล้มและภาวะปอดบวมคั่งน้ำในปอดอย่างรุนแรง ขณะรอการผ่าตัด หรือปฏิเสธการผ่าตัด, จึงเป็นการสมควรที่ผู้ป่วยอายุน้อยที่มีอาการจะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเสียโดยเร็ว.

จากรายงานทางประเทศในยุโรป และ อเมริกา(๑-๔) โรคลิ้นหัวใจ ไมตรัล ตีบจากไข้ รุห์มาติก พบน้อยในเด็ก. แต่ใน อินเดีย และ อิสราเอล ผู้ป่วยวัยนี้พบได้บ่อย.(๕-๑๒) ในประเทศทั้งสอง ไข้ รุห์มาติก ปัจจุบันเกิดในเด็ก อายุต่ำกว่า ประเทศ

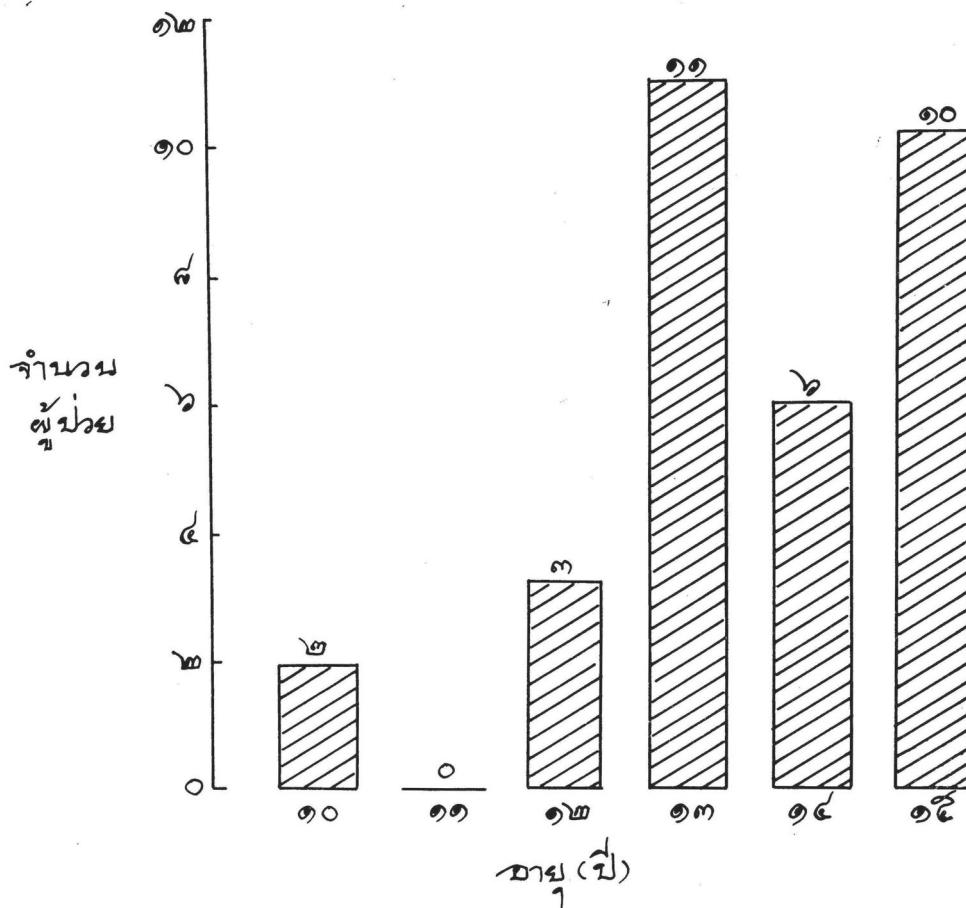
* ที่ทำงานปัจจุบัน: คณะแพทยศาสตร์, โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ทางยุโรป และ อเมริกา, เด็กจำนวนไม่
น้อยเกิดไข้ รูห์มาติก เมื่ออายุยังไม่ถึง ๕
ขวบ. ทางยุโรปและอเมริกาพบว่าผู้ป่วย
ที่เป็นไข้ รูห์มาติก ในอายุต่ำกว่า ๖ ขวบ
จำนวนน้อยมาก.^(๑๓) ความมุ่งหมายของ
รายงานนี้เพื่อแสดงข้อมูลจากการวิเคราะห์
รายงานผู้ป่วยอายุน้อย, ซึ่งมารับการรักษา
โดยการผ่าตัดลิ้น ไตรรัล ที่โรงพยาบาล

ศิริราชในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๑๐,
และเปรียบเทียบกับรายงานของต่าง
ประเทศ.

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๑๐ มีผู้ป่วย
โรคลิ้นหัวใจ ไตรรัล ที่มารับการผ่าตัด
ทั้งหมด ๓๐๓ ราย. ในจำนวนนี้ ๓๒



รูปที่ ๑: การกระจายของอายุผู้ป่วยอายุน้อย ๓๒ ราย.

สารศิริราช
ปีที่ ๒๒, ฉบับที่ ๓, มีนาคม ๒๕๑๓

๑๘๕

โรคหัวใจ ไม่ตรัส ตีบจากไข รุห์มาติก
ยศวร สุขุมลจันทร์ และคณะ

ราย (๑๒.๕ ปช.) มีอายุ ๑๕ ปีหรือต่ำกว่า. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการผ่าตัดโดยวิธี โคลด์ การวินิจฉัยโรค ก่อนผ่าตัดอาศัยประวัติ, ผลการตรวจร่างกาย, ลักษณะการเปลี่ยนแปลงในภาพรังสีทรวงอก, และผล อี.เค.จี. ดังที่ ยึด ถือ เป็น หลักเกณฑ์ โดยทั่วไป. (๑๒-๑๔)

ผลการวิเคราะห์

การกระจายของอายุผู้ป่วยในชุดปัจจุบัน ทั้ง ๓๒ ราย แสดงไว้ในรูปที่ ๑. ๑๘ ราย

เป็นชาย และ ๑๔ รายเป็นหญิง. อัตรา เทียบชายต่อหญิง เท่ากับ ๑.๓ : ๑. ประวัติ อาการ, การตรวจร่างกาย, การตรวจ ภาพรังสีทรวงอก และ อี.เค.จี. แสดงใน ตารางที่ ๑. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ เห็นออบเมอออกกำลัง แสดงใน ตารางที่ ๒. ทั้ง ๓๒ ราย ซึ่งมีบันทึกถึงความสามารถ ในการออกกำลังก่อนผ่าตัด, ๓ ราย (๙.๔ ปช.) จัดอยู่ในอันดับทางสรีระชั้น ๒, ๒๕ ราย หรือ ๗๘.๑ ปช. จัดอยู่ในชั้น ๓,

ตารางที่ ๑

ข้อมูลทางคลินิก

	% ของผู้ป่วย
ประวัติไข้ รุห์มาติก	๔๗
หอบเหนื่อยเมื่อยออกกำลัง	๑๐๐
ไอมีเลือดออก	๕๐
เจ็บหน้าอก	๑๔
หัวใจล้มเหลวครั้ง	๕๕
เพอร์เฟอรัล เอ็มโบลีสม	๐
โรคของลิ้น เอออร์ติค ร่วมด้วย	๖
อี.เค.จี.: จังหวะ ไซน์ส์	๑๐๐
เวนทริเคิล ขวามี ชัยเปอรัทโรฟีย์	๑๐๐
เอทริอุม ชัยโต	๑๐๐
ภาพรังสีแสดงว่าหัวใจโต	๑๐๐

ตารางที่ ๒

ระยะเวลาที่มีการหอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย ๒๐ ราย

ระยะเวลา (ปี)	% ของผู้ป่วย
< ๑	๑๐
๑	๔๐
๒	๑๕
๓	๕
๔	๕
๕	๒๕

ตารางที่ ๓

สิ่งตรวจพบขณะผ่าตัดในผู้ป่วย ๒๒ ราย

	% ของผู้ป่วย
ขนาดรูกลืน ไมตรัล < ๐.๕ ซม.	๔๑
๐.๕ - ๐.๙ ซม.	๔๕
๑.๐ ซม. หรือใหญ่กว่า	๑๔
ลิ้นมีหินปูนเกาะ	๐
มี ไขมันใน เอดริอุม ซ้าย	๐
ลิ้น ไมตรัล รว: ก่อนผ่าตัด - เล็กน้อย	๑๔
หลังผ่าตัด - เล็กน้อย	๒๓
— ปานกลาง	๕

และ ๔ ราย หรือ ๑๒.๕ ปช. จัดอยู่ในชั้น ๔. การตรวจพบสภาพของลิ้นในขณะผ่าตัดที่มีในรายงานเพียง ๒๒ ราย (ตารางที่ ๓). ผู้ป่วยหนึ่งรายมีพังผืดเกาะหนาที่ลิ้น และ หนอง หดสั้นเนื่องจากมีเนื้องอกพังผืดและมีอาการ รว ของลิ้น ไมตรัล เล็กน้อยก่อนผ่าตัด, แต่หลังผ่าตัดอาการร่วมีมากขึ้น, จึงต้อง ผ่าตัด ทำการ เปลี่ยนลิ้น แก่การ รว เนื่องจากการผ่าตัดครั้งแรก. ผู้ป่วยหนึ่งรายเสียชีวิตหลังผ่าตัด (อัตราการตายใน รพ. ๓ ปช.). รายหลังนั้นลิ้นตีบมาก (รูปเปิดของลิ้นเล็กกว่า ๐.๕ ซม.), ตีบเลื่อมหน้าที่ และมีอาการตัวเหลือง. นอกจากนั้นแล้ว ผู้ป่วย รายนี้ มีอาการ หัวใจชักซ้ายล้ม และ เกิดภาวะปอดขวม คั่งน้ำซ้หลายครั้ง ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. ขณะผ่าตัดเกิดหัวใจหยุดเต้น. ศัลยแพทย์พยายามนวดหัวใจเต้นอีก แต่ไม่เป็นผลสำเร็จ.

ผู้ป่วย ของเรา ส่วนมาก อยู่ต่างจังหวัด และไม่กลับมารับการตรวจ รักษาติดตาม, มีไม่ถึงครึ่งที่กลับมารับการตรวจและรักษาหลังผ่าตัด. รายที่กลับมาทุกรายสบายดี, แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีลิ้น ไมตรัล ร่วบ้างก็ตาม, นอกจากรายเดียวที่กล่าวมาแล้ว ที่ต้องกลับมาผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนลิ้น. อีกราย

หนึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่สำคัญคือเกิดมีไข้และข้ออักเสบจากไข้ รุห์มาติกสองสัปดาห์หลังผ่าตัด. ผู้ป่วยรายนี้อาการสงบลงและสบายดี หลังจากให้การรักษาด้วย แอสไพริน.

วิจารณ์

จากรายงานของเราจะเห็นว่าโรคคลื่น ไมตรัล ตีบอย่างรุนแรงพบได้ไม่น้อยเลยในเด็กไทย. ผลเปรียบเทียบกับอัตราที่รายงานจากประเทศต่าง ๆ แสดงในตารางที่ ๔. อัตรา การตรวจพบ แต่ละปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๑๐ พอ ๆ กันทุกปี. ในปี พ.ศ. ๒๕๐๔ - ๒๕๐๖ ผู้ป่วยโรคคลื่น ไมตรัล ตีบที่มารับการผ่าตัดมี ๗๔ ราย, ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๑๖ ปี ๑๐ ราย (๑๓.๒ ปช.). ผู้ป่วยเหล่านี้หลายรายมีอาการหนัก, มีอาการหัวใจล้มและภาวะปอดขวมคั่งน้ำซ้หลายครั้ง. บางรายเสียชีวิตจาก อาการหัวใจล้มอย่าง รุนแรงขณะที่รอ การ ผ่าตัด หรือ ปฏิเสธ การ ผ่าตัด. ฉะนั้น ผู้ป่วยพวกนี้ ควรจะได้รับการ ผ่าตัด รักษาเสียโดยเร็ว. ในสมัยก่อนแพทย์บางคนแนะนำผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ควรผ่าตัดในระยะวัยเด็กเพราะอาจจะทำให้อาการไข้ รุห์มา-

ตารางที่ ๔
อุบัติการณ์โรคลิ้น ไมตรัล ตีบ ในคนอายุน้อยจากประเทศต่าง ๆ

ผู้แต่ง	ปี ค.ศ.	ประเทศ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	% ของผู้ป่วยอายุน้อย	อายุ (ปี)
โลแกน (๑)	๑๙๕๓	อังกฤษ	๑๐๐	๑	< ๑๕
กุกวิน (๒)	๑๙๕๕	อังกฤษ	๗๕	๓	< ๒๐
ไบลีย์ (๓)	๑๙๕๖	สหรัฐ ฯ	๑,๐๐๐	๑	< ๒๐
เฮลลิส (๔)	๑๙๕๕	สหรัฐ ฯ	๑,๐๐๐	๐.๖	< ๒๐
โกล์ฟเวอร์ (๕)	๑๙๕๕	สหรัฐ ฯ	๑,๕๐๐	๑	< ๑๘
แอนเจลิโน (๖)	๑๙๕๖	อิตาลี	๖๐๐	๒	< ๑๖
เรียล (๗)	๑๙๖๓	อิตาลี	๒,๐๐๐	๒.๔	< ๑๖
เคคิเซน (๘)	๑๙๖๗	นอร์เวย์	๕๐๐	๑.๘	< ๒๐
ซีเรียน (๑๐)	๑๙๖๔	อินเดีย	๓๗๓	๑๐	< ๑๕
บอร์แมน (๑๒)	๑๙๖๑	อิสราเอล	๑๗๓	๘	< ๑๖
รายงานปัจจุบัน	๑๙๖๗	ไทย	๓๐๓	๑๒.๕	< ๑๖

ติก กำเริบ.(๑๑,๑๒) ผู้ป่วยชุดปัจจุบันมีราย
เคียวที่ใช้ รุห์มาติก กำเริบหลังผ่าตัด.
นอกนั้นทุกรายหลังผ่าตัดสลายขึ้น ซึ่งไม่
ตรงกับรายงานเหล่านั้น. ผลการผ่าตัดใน
รายงานนี้ ก็เช่นเดียวกับที่รายงานโดย ซี-
เรียน,(๑๐) เรียล,(๗) และ บอร์แมน.(๑๒)
ซีเรียน(๑๐) รายงานผู้ป่วยอายุต่ำกว่า ๒๐
ปี ๑๒๖ ราย (๓๓ รายอายุต่ำกว่า ๑๖ ปี)

พบว่า อัตราเทียบ ชาย ต่อหญิง ประมาณ
๑.๓:๑. ผู้ป่วยพวกนี้มักมีประวัติเกิด
อาการในระยะเวลานั้น. อุตติการของ
เอมโบลีสม, เอเทรียล ฟีบริลเลชัน และ
หินปูนเกาะลิ้นมีน้อยมาก. การเกิดอาการ
กลับของไข้ รุห์มาติก หลังผ่าตัดมักเกิดใน
พวกที่ไม่ได้รับ เพนิซิลลิน ข้องกันการติด
เชื้อ เสตริปโตค็อกไค. เขาพบว่าการกลับ

ของไข้ รุห์มาติก ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบทางพยาธิสภาพในส่วนอื่นของเอคตรียม ที่ตัดออกมา. บอร์แมน^(๑๒) ติดตามผู้ป่วย ๑๒ ราย ซึ่งได้รับ เพนิซิลลินป้องกันการติดเชื้อ พบว่าไม่มีการกลับของไข้ รุห์มาติก เลย.

สาเหตุที่พบลิ้น ไมตรัล ตีบในผู้ป่วยอายุน้อย ก่อนเข้าโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่รู้แน่. อาจจะเป็นไปได้ที่การเกิดไข้ รุห์มาติก ตั้งแต่อายุน้อย ๆ และการขาดการป้องกันการกลับของไข้ รุห์มาติก ทำให้เกิดอาการกำเริบย่อย ๆ จึงมีพยาธิสภาพเกิดกับลิ้นของหัวใจเร็วกว่าพวกที่มีการป้องกันกันในต่างประเทศ. ความแตกต่างทางเชื้อชาติ และฐานะ อาจเป็นสาเหตุสำคัญ. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่ยากจนมากกว่าพวกที่มีฐานะดี. การศึกษาโดยการสำรวจการเกิดไข้ รุห์มาติก และการดำเนินโรคในประเทศไทย อาจจะช่วยตอบปัญหาข้อนี้ได้.

เอกสารอ้างอิง

๑. Logan, A., and R. Turner : Mitral Stenosis; Diagnosis and Treatment. Lancet 1953, 1:1007.
๒. Goodwin, J.F., et al. : Mitral Valve Disease and Mitral Valvotomy. Brit. Med. J. 1955, 2:573.

๓. Bailey, C.P., and H.E. Bolton : Criteria for and Results of Surgery for Mitral Stenosis. Part II. Results of Mitral Commissurotomy. New York State J. Med. 1956, 56:825.
๔. Ellis, L.B., D.E. Harken, and H. Black : A Clinical Study of 1,000 Consecutive Cases of Mitral Stenosis Two to Nine Years after Mitral Valvuloplasty. Circulation 1959, 19:803.
๕. Glover, R.P. : Mitral Surgery in a Young Girl. Amer. J. Cardiol. 1959, 4:132.
๖. Angelino, P.F., et al. : Mitral Commissurotomy in the Younger Age Group. Amer. Heart J. 1956, 51:916.
๗. Reale, A., C. Colella, and A.M. Bruno : Mitral Stenosis in Childhood: Clinical and Therapeutic Aspects. Amer. Heart J. 1963, 66:15.
๘. Dedichen, H., E.G. Aksnes, T. Zeiner-Henriksen, and L. Efskind : Surgical Treatment of Mitral Stenosis; Survival Rates in 500 Operated Patients. Scand. J. Thor. Cardiovasc. Surg. 1967, 1:207.
๙. Banerjee, J.C. : Rheumatic Heart Disease in Childhood. Indian J. Pediat. 1935, 2:279.
๑๐. Cherian, G., et al. : Mitral Valvotomy in Young Patients Brit. Heart J. 1964, 26:157.
๑๑. Vaishnava, S., J.K.G. Webb, and C. Joseph : Juvenile Rheumatism in South India. Indian J. Child Hlth. 1960, 9:290.
๑๒. Borman, J.B., et al. : Mitral Valvotomy in Children. Amer. Heart J. 1961, 61:763.
๑๓. Keith, J.D., R.D. Rowe, and P. Vlad : Heart Disease in Infancy and Childhood. Macmillan, New York, 1958.
๑๔. Wood, P. : Diseases of the Heart and Circulation. 2nd. Ed. Rev. Lippincott, Philadelphia, 1956.

๑๕. Friedberg, C.K.: Diseases of the Heart. 3rd. Ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 1966.

๑๖. Hurst, J.W., and R.B. Logue (Ed.): The Heart; Arteries and Veins. McGraw-Hill, New York, 1966.

๑๗. Baker, C., R.C. Brock, and M.

Campbell: Valvulotomy for Mitral Stenosis; Report of 6 Successful Cases. Brit. Med. J. 1950, 1:1283.

๑๘. Sellors, T.H., D.E. Bedford, and W. Somerville: Valvotomy in Treatment of Mitral Stenosis. Brit. Med. J. 1953, 2:1059.

การส่งเงินค่าบำรุง

๑. ไปรษณีย์ชื้อและนามสกุลให้ชื้อเงิน
๒. ส่งเงินถึงผู้จัดการสารศิริราช
๓. ส่งจ่ายเงินที่ ป.ณ. หน้าพระลาน

(Summary of the Foregoing article)

RHEUMATIC MITRAL STENOSIS AT THE SIRIRAJ HOSPITAL

IV. DATA FROM THE YOUNG AGE GROUP

Yosvi Sukumalchantra, M.B.*

Vipa Tongmitr, M.B., M.Sc.Med.*

M.R. Bajarisan Jumbala, M.B., D.Sc.Med.*

(Department of Surgery)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Udom Poshakrishna)

Preecha Vichitbanha, M.B.

(Department of Paediatrics)

(Head of Dept.: Dr. Prasong Tuchinda)

Worawit Wongtongsri, M.B.

Mant Haraphongse, M.B., M.Sc.Med.

(Department of Medicine)

(Head of Dept.: Prof. Dr. Chitt Tuchinda)

From 1964 through 1967, 303 patients suffering from rheumatic mitral stenosis were submitted for mitral valvulotomy at Siriraj Hospital. Of these patients, 32 or 12.5 per cent were 15 years of age or younger. There were 18 boys and 14 girls. Most of them had a history of recent illness with rapid progression of symptoms. There was no atrial fibrillation, no clot in the left atrium nor any history of peripheral embolism in this group. The size of the mitral valve was very small but showed no calcification. Operative mortality was encountered in only one patient (3%), who had been gravely ill from repeated bouts of acute

pulmonary oedema in addition to marked jaundice and severe derangement of his liver function. He suffered cardiac arrest in the operating room; his mitral valve measured less than 0.5 cm. in diameter. Postoperative complication developed in one patient, i.e., moderate mitral insufficiency, and his mitral valve was eventually replaced by a Starr-Edwards valve. Re-activation of rheumatic fever occurred in a patient 2 weeks after the operation but he responded satisfactorily to aspirin. All patients who returned for follow-up showed marked improvement in exercise tolerance.

* Present address: Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Rama VI Road, Bangkok.