

9

“เวียนศีรษะและหูดับพร้อมอัมพาต” ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 42 ปี อาชีพรับจ้าง อยู่ในกทม.

ประวัติ

หูทั้ง 2 ข้างไม่ได้ยิน มา 1 วัน
ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะขึ้นมาทันทีขณะยืนทำงานอยู่ อาการเวียนศีรษะเป็น
มาก ผู้ป่วยสังเกตโดยตรงไม่ได้ ตัวโอนเอนไปมา พูดเสียงดังมาก พร้อมกันหูทั้ง 2 ข้างไม่ได้
ยินเสียง จึงให้ญาติพามาโรงพยาบาล ระหว่างมาโรงพยาบาลญาติสังเกตเห็นผู้ป่วยหายใจ
หอบๆ และซีมลง แขนขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง

ผลการตรวจร่างกาย

T 38°C PR irregular 108/min BP 130/80 mm.Hg
Slightly drowsy, but could still answer questions, no dysarthria
ptosis ⊕, Pupils L < R, reacted normally
- Eye movements were full, but there was nystagmus on horizontal
gaze bilaterally and on vertical gaze
- Hearing impaired in both ears
- flaccid weakness of all limbs, R > L
- bilateral Babinski response

อภิปราย

ประวัติอาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใดประกอบด้วยอาการเวียนศีรษะ ยืนโซเซ หูดับ
และแขนขาอ่อนแรง ทำให้นึกถึง vascular (arterial) occlusion หรือ haemorrhage และจากผล
การตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่บ่งชี้ว่า lesion น่าจะอยู่ใน brain stem เพราะมี vertical
nystagmus มี Horner's syndrome ซีกซ้าย มี quadriplegia และ hearing impairment ใน
ผู้ป่วยที่มีความดันปกติแต่มีชีพจรเต้นไม่ปกติ Embolic infarction ที่ brain stem จึงเป็น
สาเหตุที่น่านึกถึงมากที่สุด ผู้ป่วยรายนี้ตรวจหัวใจ ฟังพบอะไรผิดปกติหรือเปล่า?

ผลการตรวจร่างกายที่แจ้งให้ทราบเพิ่มเติม

PR : totally irregular i.e. atrial fibrillation
PMI 5th ICS 1 inch lateral to mid-clavicular line
M₁ ↑, grade III mid-diastolic rumbling murmur at apex, opening snap
heard
no evidence of emboli in eyes and elsewhere

อภิปราย (ต่อ)

ผลการฟังหัวใจก็เข้าได้กับผู้ป่วยที่มี mitral stenosis มี atrial fibrillation (AF) และคงจะมี embolus หลุดไปอุดหลอดเลือดแดงใน vertebro-basilar system ทำให้มี pontomedullary infarction เราคงจะต้องดูให้แน่ว่า embolus ไม่ใช่เป็น infective embolus จาก bacterial endocarditis (BE) เพราะผู้ป่วยมีไข้ ถึงแม้ว่าจะไม่มี evidence ของ embolic phenomenon ในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย และโดยทั่วๆ ไปแล้วคนไข้ BE ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90 จะไม่มี AF

ผลการตรวจพิเศษเพิ่มเติม

ตรวจปัสสาวะไม่พบ red blood cells
Echo cardiogram ไม่พบ vegetation ที่ลิ้นหัวใจ
และ Haemoculture ก็ไม่พบเชื้อ

การวินิจฉัยโรค

Embolic brain stem (pontine) infarction
Atrial Fibrillation
Rheumatic mitral stenosis

อภิปรายเพิ่มเติม

ในรายนี้จะขอฟุดถึงเรื่องหูไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้างจาก central lesion ที่ brain stem ที่น่าสนใจเพราะพบไม่บ่อยและแพทย์ไม่ค่อยทราบ

อาการหูหนวกทันทีทันใดจากสาเหตุหลอดเลือดแดงอุดตันอาจเกิดที่ internal auditory artery ซึ่งเป็นแขนงหนึ่งที่มาจาก basilar artery ทำให้ปลายประสาทหูในหูชั้นในขาดเลือด แต่อาการจะเป็นข้างเดียว หูไม่ได้ยินทั้งสองข้างพร้อมกันในผู้ป่วยรายนี้จะต้องเป็นผลของรอยโรคที่ VIII nerve nuclei ทั้ง 2 ข้างที่ brain stem ซึ่งพบได้ไม่บ่อย อาจเป็นการอุดตันของ quadrigeminal branch จาก superior cerebellar artery หรือจาก pons ขาดเลือด หูหนวกทั้ง 2 ข้างจากรอยโรคที่บริเวณนี้เป็นได้จากเนื้องอก เช่น glioma หรือจาก multiple sclerosis แต่เกิดหูหนวกข้างเดียวหรือหูหนวกไม่ 100% บ่อยกว่า เพราะคงจำกันได้ว่า cochlear nerve มี central process หรือ axon ที่เมื่อเข้า brain stem (บริเวณ medulla oblongata และ pons) แล้วแยกออกเป็นสองทางไป dorsal cochlear nucleus ทางหนึ่ง และ ventral cochlear nucleus อีกทางหนึ่ง เนื้อ pons ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการได้ยินมี เนื้อที่ค่อนข้างกว้าง fibres ทั้งจาก dorsal และ ventral nuclei ต่างก็อยู่ค่อนข้างห่างกัน ต่างไป “คนละทาง” ก่อนข้ามไปอีกด้านหนึ่ง เพราะฉะนั้นในรายนี้อาการ “หูดับ” ครั้งแรกสุดคงเป็นเรื่องของ basilar artery อุดตันชั่วคราวก่อนที่ลิ้มเลือดจะแตกตัวและหลุดไปอุดแขนงที่เล็กกว่า อาการหูดับจึงดีขึ้น

เมื่อฟุดถึงหูหนวกจากรอยโรคในระบบประสาทส่วนกลางแล้วก็ขอฟุดถึง Cortical Deafness ไว้ด้วยจะได้ครบถ้วนถึงแม้จะไม่เกี่ยวกับผู้ป่วยรายนี้ เราทราบกายวิภาคเกี่ยวกับเรื่องการได้ยินดีว่า เส้นประสาทหรือ nerve fibres ที่ไปจากปลายหู หลังจากไป synapse กับ cells ที่ dorsal และ ventral cochlear nuclei ในบริเวณ pons ส่วนล่างแล้วจะมี fibres ข้ามไปอีกข้างในรูปแบบที่ดูซับซ้อนกว่า motor หรือ sensory tract ที่สุดแล้วจะไปสิ้นสุดที่ auditory cortex ที่เรียก Heschel's transverse gyrus ที่ temporal lobe โดยที่ auditory cortex แต่ละข้างจะมี nerve fibres ไปจากหูทั้ง 2 ข้าง ดังนั้นถ้า Heschel's gyrus ข้างหนึ่ง

ข้างใดผิดปกติไป เช่น เกิดมี infarct ก็มักจะไม่มี หูหนวก ถ้ามีรอยโรคที่ gyrus นั้นทั้ง 2 ข้างจึงจะมีหูหนวกที่เรียก Cortical deafness แต่ก็มี รายงานผู้ป่วยหูหนวกจาก infarction เฉพาะที่ Heschel's gyrus ข้างเดียวไว้ (Khurana และคณะ 1981)

ผมไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับ pathway ของ cranial nerve เส้นที่ 8 ใน brain stem ไว้ ณ ที่นี้ เป็นกรณีที่น่าสนใจได้ลำบากเมื่อเทียบกับ visual pathway หรือ motor หรือ sensory tract ผู้สนใจค้นดูได้จากตำรากายวิภาควิทยา หรือจากเอกสารที่ผมอ้างถึงไว้ให้ ข้างล่างนี้

แนะนำเอกสาร

1. Khurana RK, O'Donnell PP, Suter CM, Inayutallah M. Bilateral deafness of vascular origin. Stroke 1981; **15**: 521.
2. Bramwell E. A case of cortical deafness. Brain 1927; **50**: 579-580.
3. Haymaker W. Bing's Local diagnosis in neurological diseases. 15th Edition C.V. Mosby Company. 1969 pp 203-205.
4. Earnest MP, Monroe PA, Yarnell PR. Cortical deafness : demonstration of the pathologic anatomy on CT scan. Neurology 1977; **22**: 1172-75.
5. Jerger J, Weikers NJ, Sharbrough FW, Jerger S. Bilateral lesions of the temporal lobe. Acta Oto-Laryngol Supp. 1969; **258**: 1-51.
6. Leicester J. Central deafness and subcortical motor aphasia. Brain Lang 1980; **10**: 224.