

3

“ปวดศีรษะ พุดไม่ชัด เห็นภาพซ้อน หลังว่ายน้ำ”

ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 31 ปี อาชีพแพทย์

ประวัติ

แขนขาข้างซ้ายชา 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

7 วันก่อนขณะทำงาน มีอาการปวดศีรษะ ปวดตุ๊บๆ ที่ท้ายทอยและขมับ ต่อมาเวียนศีรษะ บ้านหมุน คลื่นไส้ อาเจียน และเริ่มพุดไม่ชัด ตาเห็นภาพซ้อน มุมปากขวา ไม่ขยับ มีน้ำลายไหลออกเป็นบางครั้ง และกลืนน้ำลายลำบาก

เมื่อ 1 เดือนก่อนไปว่ายน้ำ หลังจากนั้นปวดศีรษะเล็กน้อย อาการปวดหายไปเอง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีปวดศีรษะแบบเดิม ปวดที่ท้ายทอย ปวดตื้อๆ เป็นอยู่ 2-3 ชั่วโมง ก็ทุเลา

อภิปราย

อาการเวียนศีรษะ อาเจียนร่วมกับอาการพุดไม่ชัด ตาเห็นภาพซ้อน กลืนลำบาก และมุมปากขวาไม่ขยับ เพียงพอที่จะทำให้นึกถึงว่าก้านสมอง (brain stem) ส่วนกลางและส่วนล่างผิดปกติ เพราะในบริเวณนั้นจะเป็นตำแหน่งที่ vestibular nuclei และ cranial nerve nuclei ที่ 6 7 และ 10 อยู่ Acute brain stem lesion อาจมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงตีบตันหรือแตกเช่นจาก arterio-venous malformation หรือจาก demyelination อาการปวดศีรษะที่เริ่มมาก่อนจะสนับสนุนสาเหตุทาง vascular มากกว่า คงจะต้องทราบผลการตรวจร่างกายจึงจะทำให้คิดถึงตำแหน่งที่ผิดปกติในระบบประสาทได้แน่นอน

ผลการตรวจร่างกาย

PR 80 regular BP 140/80 mm. Hg

Heart sounds were normal. No murmur. No neck bruit. No neck stiffness. Abnormal neurological signs included dysarthria, partial ptosis ⊕ Unequal pupils. (⊕ 3 mm[○] L 4 mm reactive to light) vertical nystagmus and horizontal rotatory nystagmus to ⊕

⊕ LR palsy

⊕ LMN facial palsy

Palate moved ⊕ L on phonation

Limbs : Tone and Power were normal. Sensation to pin prick diminished ⊕ on L side

Babinski response ⊕

อภิปราย (ต่อ)

ผลการตรวจร่างกายช่วยสนับสนุนที่ได้อภิปรายไว้แล้วจากประวัติ

การที่ Cranial nerves เส้นที่ 6 และ 7 เสีย ร่วมกับมี vertical nystagmus มี spastic dysarthria มี Cranial nerve เส้นที่ 10 ช้ำขวาเสียเพราะเวลาให้พูดเพดานขยับ เบี้ยวขึ้นไปทางซ้าย นอกจากนี้ยังมี long tract signs ทั้ง sensory และ motor ทำให้ทราบแน่ชัดว่า รอยโรคอยู่ที่ pons ลงไปถึง medulla ซีกขวา ถ้าเป็นเส้นเลือดตีบหรืออุดตันทำให้ก้านสมองส่วนที่กล่าวถึงเสียก็ต้องเป็นหลอดเลือดแดง vertebro-basilar ถ้าเป็นการอุดตันของ posterior inferior cerebellar artery (PICA) อาการแสดงจะน้อยกว่านี้ คือมี Horner's syndrome และ mid หรือ lower cranial nerve ซีกเดียวเสีย กับมี sensory tract เสีย มีแขนขาและลำตัวขาซีกตรงข้ามกับซีกหน้าที่ขา ไม่มีอาการอ่อนแรงเพราะ motor tract ไม่เสีย เนื่องจากรอยโรคอยู่ที่ส่วน lateral medulla เพราะฉะนั้นความผิดปกติจึงน่าจะอยู่ที่ vertebral artery หรือเป็น incomplete basilar artery occlusion

คอของผู้ป่วยไม่แข็ง ไม่น่าจะเป็นเพราะเส้นเลือดแตก ถ้าเป็นอาจจะมาจาก arterio-venous malformation (AVM) Aneurysm ในบริเวณนั้นพบได้น้อยมาก 1^o subarachnoid haemorrhage จากตัวจัดไขก้านสมองอาจจะเป็นไปได้ คงจะต้องทำ WBC ดูว่ามี eosinophil มากผิดปกติหรือไม่ แต่ก่อนอื่นควรขอทำ MRI เพราะจะให้คำตอบได้ดี

คำตอบ สรุปผล MRI พบมีลักษณะที่ผิดปกติในภาพเข้าได้กับ posterior @ paramedian ponto-medullary and lower pontine infarction จาก @ vertebral artery dissection ในภาพ MRA เพราะหลอดเลือดนั้น จากบริเวณ distal cervical ถึง proximal part ของ basilar artery ตีบและมีลักษณะผิดปกติเป็น shaggy appearance

การวินิจฉัยโรค

Ponto-medullary infarction

Right vertebral artery dissection

อภิปราย

Vertebral artery dissection (VAD) เป็นภาวะที่ไม่ค่อยพบแต่เป็นที่รู้จักมากขึ้นเพราะหลังจากรู้จัก MRI และ MRA ใช้ในการวินิจฉัยโรคง่ายขึ้นมาก Dissection คือการที่ผนังส่วนใน (tunica intima) ของหลอดเลือดแดงปริ ทำให้เลือดที่ไหลผ่านเขาเข้าไปในผนังส่วนกลาง (tunica media) แล้วเลือดไหลซึมขึ้นลงในผนังหลอดเลือดแดงนั้น ทำให้หลอดเลือด

ตีบหรือถ้ามีแรงดันมากเลือดที่ไหลซึมในผนังหลอดเลือดนั้นก็อาจจะทำให้ผนังหลอดเลือดปริแตกได้ การที่ผนังหลอดเลือดส่วนในปริเป็นรอยแยกอาจเป็นผลเนื่องจากภาวะ arteriosclerosis ในผู้สูงอายุ แต่ในผู้ป่วยอายุน้อยเช่นรายนี้เชื่อว่ามีความผิดปกติที่ connective tissue ในผนังหลอดเลือดส่วนกลางซึ่งอาจเป็นจากพันธุกรรม (เอกสารหมายเลข 5)

ลักษณะอาการทางคลินิกที่นำไปผู้ป่วยไปหาแพทย์มักจะได้แก่ อาการปวดท้ายทอยหรือต้นคอ และอาการที่บ่งถึงความผิดปกติที่ก้านสมอง ดังเช่นผู้ป่วยรายนี้ บางครั้งผู้ป่วยที่มี VAD อาจไปหาแพทย์ด้วยอาการจากความผิดปกติที่ประสาทไขสันหลังหรือรากประสาทบริเวณต้นคอเท่านั้น (เอกสารหมายเลข 7) ผู้ป่วยด้วย VAD บางรายจะให้ประวัติ trauma เล็กๆ น้อยๆ ที่ต้นคอก่อนมีอาการทางระบบประสาท มีรายงานผู้ป่วยบางรายไปได้รับการบิดหรือดัดต้นคอจาก chiropractor บางรายไปเล่นรถเหาะตีลังกาที่สวนสนุกเกิดมีอาการขึ้นมากก็มี ผู้ป่วยรายนี้มีอาการเริ่มแรกคือ ปวดศีรษะหลังไปว่ายน้ำซึ่งคงจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับผนังหลอดเลือดแดงที่เกิดปริคงจะผิดปกติแต่กำเนิด

แนะนำเอกสาร

1. Hart RG. Vertebral artery dissection. Neurology 1988; **38**: 987-89.
2. Hart RG, Easton JD. Dissection and trauma of cervico-cerebral arteries. In Stroke. Pathophysiology, Diagnosis and Management. Vol 2. Eds. Barnett HJM, Stein BM, Mohr JP, Yatsu FM. Churchill Livingstone. New York. 1986; pp. 775-88.
3. Furie KL, Ogilvy CS, Smrcka M. et al. Cerebrovascular disease. In Atlas of Clinical Neurology. Ed. Rosenberg RN. Butterworth-Heinemann. Boston. 1998; pp. 5.45-5.46.
4. Bloem BR, Lammers GJ, Van Buchem MA. MRI and vertebral artery dissection. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999; **67**: 691-92.
5. Burneo JG, Shatz R, Papamitsakis NIH, Mitsias PD. NeuroImages. Amusement park stroke. Neurology 2000; **55**: 564.
6. d' Anglejean - Chatillon J, Ribeiro V, Mas JL, et al. Migraine : a risk factor for dissection of cervical arteries. Headache 1989; **29**: 560-61.
7. Brandt T, Hausser I, Orberk E, et al. Ultrastructural connective tissue abnormalities in patients with spontaneous cervico cerebral artery dissections. Ann Neurol 1998; **44**: 281-85.
8. Tzourio C, Amrani ME, Robert L, Alpérovitch A. Serum elastase activity is elevated in migraine. Ann Neurol 2000; **47**: 648-51.

9. Crum B, Mokri B, Fulgham J. Spinal manifestations of vertebral artery dissection. Neurology 2000; **55**: 304-06.