

“มักปลุกไม่ตื่นตอนเช้า”

ชายไทยคู่อายุ 48 ปี อาชีพค้าขายอยู่ที่ กทม.

อาการสำคัญ

ซึมตอนเช้าๆ มา 2 ปี

5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะขับรถอยู่ รู้สึกง่วงและไม่ค่อยรู้ตัว มีเหงื่อออก ใจสั่น สังเกตว่าถ้าได้รับประทานอาหารแล้วจะรู้สึกสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยจึงทานอาหารวันละ 4-5 มื้อ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาสังเกตว่าตอนเช้ามักจะไม่ยอมตื่น จังหวะนี้ ภรรยาต้องพยายามปลุกให้ตื่น

4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอนไม่ตื่น บัสสาวะรด ภรรยาจึงพาไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ฉีดยาฉีดกลูโคสให้ ผู้ป่วยตื่นทันที แพทย์ไม่ได้ทำอะไรต่อ ผู้ป่วยมีญาติเป็นพยาบาล ญาติแนะนำให้มาตรวจเพิ่มเติมที่รามาริบัติ

ผู้ป่วยไม่เป็นเบาหวาน ไม่ดื่มสุรา

อภิปราย

ประวัติผู้ป่วยรายนี้ดีมาก น่าจะให้การวินิจฉัยได้ !

อาการง่วงและไม่อยากตื่นตอนเช้าเป็นเรื่องที่พบบ่อยในชีวิตประจำวันของคนกรุงเทพฯ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ที่จะต้องตื่นแต่เช้ามีดไปทำงานหรือไปโรงเรียนเพราะกลัวรถติดในถนน แต่กรณีผู้ป่วยรายนี้เคยนอนแล้วไม่ตื่นจนภรรยาต้องพาไปโรงพยาบาลแล้วแพทย์ฉีดยาฉีดกลูโคสให้ผู้ป่วยจึงรู้ตัว นอกจากนี้เมื่อ 5 ปีก่อนก็เคยง่วงไม่ค่อยรู้ตัวขณะขับรถและมีเหงื่อออก ใจสั่น อาการดังกล่าวเป็นผลจาก hypoglycaemia เหงื่อออกและใจเต้นเร็วก็เป็น compensatory autonomic response ของร่างกายเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมาก ผู้ป่วยด้วยภาวะเช่นนี้มักจะมีอาการหิวบ่อยๆ ก่อนเมื่อระดับน้ำตาลต่ำแต่ไม่มาก พร้อมๆ กันบางคนบ่นมีน้ตึรชะ พบได้บ่อยในคนสูงอายุที่เป็นเบาหวานและแพทย์พยายามควบคุมน้ำตาลด้วยยามากเกินไป ผู้ป่วยรายนี้ไม่เป็นเบาหวาน ไม่ดื่มสุรา คงจะเป็น hypoglycaemia จาก insulinoma มากกว่าจากสาเหตุอื่น

ในระยะเวลา 30 ปีที่ทำงานอยู่ในเมืองไทย ผมพบผู้ป่วย hypoglycaemic coma หลายราย ส่วนใหญ่เป็น insulinoma มีอยู่ 2-3 รายที่น่าสนใจจึงขอนำมาเล่าให้ฟังเพียงสั้นๆ รายแรกพบขณะที่ผมทำงานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีผู้ป่วยอายุเท่าๆ กับผู้ป่วยรายนี้จากสมุทรปราการ มาด้วย coma บัสสาวะรด ให้ประวัติว่าเคยเป็นแบบนี้มาหลายครั้งในระยะเกือบ 1 ปี ทุกครั้งเชิญแพทย์ข้างบ้านไปตรวจ แพทย์ฉีดยาผู้ป่วยก็ฟื้น รู้สึกตัวดี บังเอิญครั้งที่ต้องมา โรงพยาบาลจุฬาฯ ก็เพราะแพทย์คนนั้นไม่อยู่ไปพักร้อน ! ผู้ป่วยรายที่นำมาเสนอนี้ก็มีประวัติคล้ายๆ กับที่แพทย์ที่ รพ.เอกชน ไม่ได้ทำอะไรต่อหลังจากฉีดยาฉีดกลูโคสให้และผู้ป่วยฟื้นแล้ว ส่วน ผู้ป่วยอีกรายที่น่าสนใจเข้ารับการรักษาที่ รพ.รามาริบัติเมื่อโรงพยาบาลเปิดใหม่ๆ ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ฉุนเฉียว จะทำร้ายคน ทำอะไรไปเหมือนคนขาดสติเป็นบางครั้ง ไปตรวจที่โรงพยาบาลประสาท แพทย์พบมีกล้ามเนื้อที่มือทั้ง 2 ข้างลีบและกลูโคสในเลือดต่ำ สงสัย insulinoma จึงส่งต่อมาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ก็เป็น insulinoma จริง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้วก็สบายดี รายที่ 3 เป็นอาจารย์จักษุแพทย์ที่

รามาธิบดี ไปปรึกษาผมเพราะมีอาการอ่อนเพลีย ง่ายมากตอนบ่ายๆ บางครั้งมีน้ิรชระ เหงื่อออก ถ้าทานอาหารว่างแล้วสั้กพั้กก็จะดีขึ้น ผู้ป่วยระดับ กลูโคสในเลือดต่ำไม่มาก เท่าที่จำได้ประมาณ 45-50 มิลลิกรัมต่อ 100 มล. ผู้ป่วยเคยเป็นโรคตับอักเสบไวรัสบีหลายปีก่อน คล้ำตับไม้ได้ แต่ประมาณไม้ถึงปีต่อมาก็พบว่าเป็นมะเร็งที่ตับ (hepatoma) และถึงแก่กรรมในเวลาไม้กี่เดือนต่อมา Hypoglycaemia ก็คงเป็นผลจากมะเร็ง เป็นอาการ paraneoplastic syndrome อย่างหนึ่ง Retroperitoneal fibrosarcoma เป็นมะเร็งอีกชนิดหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมี hypoglycaemia ได้ เมื่อเร็วๆ นี้ก็มีรายงานผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกประเภท small cell มีอาการเช่นนี้ (เอกสารหมายเลข 1)

ขอทราบผลการตรวจร่างกายก่อนจะอภิปรายเพิ่มเติมต่อไป

ผลการตรวจร่างกาย

Wt 90 kgs. Ht 171 cms. T 37°C PR 96
BP 150/100

alert, cooperative

Heart: PMI 5th ICS MCL

normal sounds, no murmur

Abd: no mass felt

no other abnormality

อภิปราย (ต่อ)

ผู้ป่วยอ้วน ซึ้พจรค่อนข้างเร็วและแรงดันเลือดสูงผิดปกติ นอกนั้นตรวจไม้พบอะไรผิดปกติ ก็คงขอทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป

ผลการตรวจพิเศษ

Hb 15 PCV 45.5 WBC 10900 N 78 L 13 M 5
E 1

anti HIV -ve

FBS 50, 38, 37 mg% (ตรวจติดต่อกัน 3 วันแรกในโรงพยาบาล)

Chest and Skull xrays: normal

serum T4 : total 7, free 0.9 T3 98 TSH 3.6

serum cortisol 7.8

prolactin 20.9 (ค่าปกติ 2-15)

LH 4.5 (ค่าปกติ 3-13)

FSH 15 (ค่าปกติ 0.9-15)

insulin 41 μ g/dl (เมื่อ FBS 38 mg%)

GH 0.3

Oral glucose tolerance test

at 60 min 3.4 160

90 min 4.9 153

Ultrafast CT abdomen: mass, size 2x2.1 cm at pancreatic tail

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด distal pancreatectomy หลังผ่าตัดสบายดี FBS 118 mg%

อภิปรายเพิ่มเติม

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจนทำให้เกิดอาการต่างๆ นั้นพบได้บ่อย ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและได้รับยารักษาอยู่ บางครั้งแพทย์ผู้รักษาไม่ทราบ มีเจตนาที่จะควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ตระหนักถึงว่าบางครั้งผู้ป่วยไม่สบาย มีเหงื่อเย็น ศีรษะ ใจสั่น เหงื่อออก หวานนอน บางครั้งมีตามัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจจะมีหลอดเลือดแดงในสมองตีบอยู่ด้วย มีสาเหตุจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่ปรับลดยารักษาเบาหวานแต่เพิ่มยาแก้อาการมีเหงื่อเย็นศีรษะ เหตุการณ์เหล่านี้ผมพบบ่อยเป็นประจำ แพทย์ผู้รักษาเบาหวานควรตระหนักถึงเรื่องนี้ไว้ให้มาก

ในการวินิจฉัยแยกสาเหตุน้ำตาลในเลือดต่ำจนทำให้เกิดอาการ แพทย์บางคนใช้หลักง่ายๆ โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มแรกผู้ป่วยที่ดูแข็งแรงดีและกลุ่มหลังคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ดูผิดปกติและป่วย ผู้ป่วย insulinoma ส่วนใหญ่จะดูเหมือนคนที่ปกติเช่นผู้ป่วย รายนี้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก็ช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรค โดยมีน้ำตาลในเลือดตอนเช้าก่อนรับประทานอาหารเช้าต่ำผิดปกติ ส่วนต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์และต่อมหมวกไตทำงานเป็นปกติ ปัจจุบัน ultrafast CT ช่วยบอกตำแหน่งเนื้องอกได้ดีมาก

ผมได้รวบรวมเอกสารที่ขอแนะนำให้หาอ่านไว้ทั้งทางด้านคลินิก โดยเฉพาะรายงาน ผู้ป่วยที่มีอาการหรือสัญญาณโรคแปลกๆ รวมทั้งรายงานผู้ป่วยที่มีเนื้องอกที่ผลิตอินซูลินที่ไม่ค่อยเป็นที่ทราบกันจากเอกสารหมายเลข 12 นอกจากนี้ในเอกสารหมายเลข 13 เป็นเรื่องที่น่ารู้มากเกี่ยวกับการตรวจหายา sulphonylureas ในผู้ป่วยที่มี hypoglycaemia และมีระดับอินซูลินและ C-peptide ในเลือดสูงเหมือนในผู้ป่วย insulinoma ในประเทศอังกฤษพบว่าร้อยละ 37 จาก ผู้ป่วย 90 กว่ารายพบยานั้นในเลือดและส่วนใหญ่แพทย์ไม่นึกถึงว่าผู้ป่วยกินยาดังกล่าว

แนะนำเอกสาร

- 1) Seckl MJ, Mulholland PJ, Bishop AE, Teale JD, Hales CN, Glaser M, et al. Hypoglycaemia due to an insulin-secreting small-cell carcinoma of the cervix. N Engl J Med 1999; **341**: 733-6.
- 2) Service FJ. Hypoglycemic disorders. N Engl J Med 1995; **332**: 1144-52.
- 3) Malouf R, Brust JCM. Hypoglycemia: causes, neurological manifestations and outcome. Ann Neurol 1985; **17**: 421-30.
- 4) Lawrence JM, Smith T, Iles D, Reckless JPD. Difficult insulinoma. J R Soc Med 2001; **94**: 349-50.

- 5) Bazil CW, Pack A. Insulinoma presenting as seizure disorder. Neurology 2001; **56**: 817-18.
- 6) Lowy AJ, Chisholm DJ. Insulinoma masked by pregnancy. Intern Med J 2001; **31**: 128-29.
- 7) Crimmins D, McLeod JG, Marks J, Morris JGL. Fits, confusion and peripheral neuropathy in a young woman. Aust NZ J Med 1990; **20**:623-8.
- 8) Mehndiratta MM, Garg N, Sareen D, Chowdhary A, Garg RK. Insulinoma presenting with dementia and hemiplegia. Neurology India 1998; **46**: 147-9.
- 9) Service FJ, M^cMahon MM, O'Brien PC, Ballard DJ. Functioning insulinoma incidence, recurrence, and long-term survival of patients: a 60 year study. Mayo Clin Proc 1991; **66**: 711-9.
- 10) Brightbill TC, Templeton EO, Sperling D, Mooney LP. Insulinoma: detection by intraoperative ultrasonography. J Clin Ultrasound 1992; **20**: 615-6.
- 11) Bliss RD, Carter PB, Lennard TWJ. Insulinoma: a review of current management. Surg Oncol 1997; 49-59.
- 12) Marks V, Teale JD. Tumours producing hypoglycaemia. Endocr Relat Cancer 1998; **5**: 111-29.
- 13) Kwong PYP, Teale JD. Screening for sulphonylureas in the investigation of hypoglycaemia. J R Soc Med 2002; **95**: 381-5.