

“แน่นหน้าอก หน้ามืด ชาขาและไม่มีแรง”

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 61 ปี อาชีพค้าขายอยู่ที่พัทยา

อาการสำคัญ

- แน่นหน้าอก เป็นลมบ่อยๆ มา 3 วัน
 1 ปีก่อน ขณะปัสสาวะ รู้สึกหน้ามืดและแน่นหน้าอก คล้ายจะเป็นลม จึงไปตรวจกับแพทย์ที่ร.พ.บางละมุง แพทย์ว่ามีแรงดันเลือดสูง ให้ยามารับประทาน ต่อมาไปรับการรักษาที่ร.พ.เอกชน ที่พัทยา แพทย์บอกเป็นโรคหัวใจและโรคไต ได้รับการผ่าตัดนิ้วในไตข้างขวา
 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนอนอยู่ ชาขาไม่ค่อยมีแรง ชาๆ หนักๆ
 3 วันก่อนมา หน้ามืด เป็นลม จึงมาหาแพทย์
 ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่มานาน แต่เพิ่งหยุดเมื่อ 1 ปีก่อน

อภิปราย

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการที่สำคัญอยู่ 2 อาการที่คงจะเกี่ยวข้องกันและทำให้เราอาจให้การวินิจฉัยโรคได้

1) อาการแน่นหน้าอกและผู้ป่วยหน้ามืดจะเป็นลมโดยครั้งหนึ่งเป็นขณะปัสสาวะ เมื่อ 1 ปีก่อนมาร.พ.

และ 2) ชาข้างหนึ่งอ่อนแรง มีอาการชาๆ หนักๆ

อาการแน่นหน้าอก หน้ามืดและจะเป็นลมโดยเฉพาะขณะปัสสาวะทำให้นึกถึงโรคหัวใจหรือหลอดเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีแรงดันเลือดสูง คงจะต้องถามรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับตำแหน่งที่ปวดและลักษณะอาการปวดเพิ่มเติม อีกทั้งควรทราบด้วยว่าขณะหน้ามืดมีเหงื่อแตกและใจสั่นเพราะหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นหรือไม่ เราทราบว่าผู้ป่วยมีแรงดันเลือดสูงและแพทย์บอกว่าเป็นโรคหัวใจ คงได้รับยาลดแรงดันเลือด ที่แปลกก็คือแพทย์พบว่า มีนิ้วในไตจึงได้รับการผ่าตัด หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการขาไม่มีแรง ชาๆ หนักๆ ที่ทำให้นึกถึงว่าอาจจะเป็นจากอาการหลอดเลือดสมองตีบได้ การตรวจร่างกายจะต้องฟังเสียงไปที่ระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบประสาท อย่าลืมจับชีพจรที่หลอดเลือดแดงที่แขนขาทั้ง 2 ข้างและที่คอ รวมทั้งฟังหา bruit ที่คอ รวมทั้งวัดแรงดันโลหิตที่แขนทั้ง 2 ข้างด้วย

ผลการตรวจร่างกาย

PR 84/min. regular B.P. 225/135 → 170/110 mm.Hg @ arm

JVP flat

Heart: PMI 6th ICS, outside MCL

normal heart sounds, no gallop

no murmur

arterial pulses: equal in all extremities

no carotid or abdominal bruit

CNS: Cranial nerves no facial palsy EOM: full but nystagmus on

vertical and lateral gazes were present

Limbs: impaired coordination @ arm (F. Ntest)

@ leg: slight weakness in all muscle groups

(4/5)

KJ	+++	+++	
AJ		++	++
P	↑		↑

sensation to pin prick impaired in @ leg

อภิปราย (ต่อ)

ผลการตรวจร่างกายทางระบบประสาทบ่งบอกอย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยมีรอยโรคที่ก้านสมองส่วน pons ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวา เพราะผู้ป่วยมี vertical nystagmus ซึ่งในผู้ป่วยที่มีสัญญาณโรคนี้เกือบทั้งหมดจะมีรอยโรคในบริเวณ pons ผู้ป่วยมี pyramidal signs ทั้ง 2 ข้าง มี extensor plantar หรือ Babinski responses มี ataxia ที่แขนขาและความรู้สึกเจ็บที่ขาขวาน้อยลง ซึ่งทั้งหมดนี้ก็เข้าได้กับรอยโรค ณ บริเวณที่กล่าว ผู้ป่วยคงจะมี infarction ที่ pons จากหลอดเลือดแดงตีบตัน

ที่น่าสนใจกว่าก็คือเรื่องแรงดันเลือดสูงมาก ที่บันทึกไว้ว่าเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากทำให้นักถึงว่าสาเหตุของเรื่องนี้จะเป็นจาก reno-vascular hypertension หรือจาก pheochromocytoma

ผมขอย้อนกลับมาพิจารณาประวัติควบคู่ไปกับผลการตรวจร่างกายอีกครั้ง อาการเจ็บหน้าอกจนถึงเป็นลมที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงระยะเวลา 1 ปี ทำให้คิดไกลไปได้ว่าอาจจะไม่ใช่เป็นจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเดียว ถ้าปวดหน้าอกจนเป็นลมคงต้องนึกถึง dissecting aortic aneurysm ด้วย

ผมคิดว่าภาพเอกซเรย์ปอดจะช่วยได้มากและแน่นอนคงจะทำ ECG ก่อนเพื่อดูว่ามี myocardial infarction หรือไม่

ผลการตรวจพิเศษ

CT brain: acute infarction of \odot L cerebellum and \odot L side of pons

ECG: normal sinus rhythm, \odot axis deviation

ST - T abnormality suggestive of lateral wall ischaemia

CXR: dilated thoracic aorta with linear calcification

- to consider aortic dissection

Ultrafast CT: showed aneurysm of distal aortic arch and descending thoracic aorta extending to the origin of superior mesenteric artery approximately 28.8 cms. in

length.

The maximal diameter of the aneurysm is at the descending thoracic aorta, measuring 9.5 cms.

There is atelectasis of the lower lobe of the left lung

อภิปรายเพิ่มเติม

ผู้ป่วยรายนี้มี aortic aneurysm ที่ผนังหลอดเลือดอาจจะเริ่มปริแยกหรือจะมี dissection ซึ่งพยาธิสภาพนี้มักจะเริ่มที่ thoracic aorta และลามลงไปในส่วนช่องท้อง ส่วนใหญ่เป็นผลจาก atheroma แต่ก่อนบางรายอาจเป็นจาก syphilis ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นที่ ascending aortic arch ผิดกับ atheroma ที่มักจะเป็นที่ผนังหลอดเลือดตั้งแต่ ascending aorta, arch และ descending aorta ว่ากันว่า thoracic aortic aneurysm มักจะไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอะไรจนขนาดโต แล้วแตกทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมทันที บางรายทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกเช่นผู้ป่วยรายนี้ บางรายมีอาการจาก aneurysm ไปกด superior vena cava ก็ได้ กดหลอดอาหาร (oesophagus) หรือแม้กระทั่งกด trachea ก็ได้ ในผู้ป่วยรายนี้ ไม่มีบันทึกไว้ว่า renal artery ข้างซ้ายโดยเฉพาะที่ส่วนแรกมีอะไรผิดปกติจาก ultrafast scan หรือไม่ เพราะแรงดันเลือดสูงในผู้ป่วยรายนี้ อาจเป็น renovascular hypertension ได้ ส่วนการมี infarct ที่บริเวณ pons และ cerebellum ก็เข้าได้กับการวินิจฉัยทางคลินิก แต่ถ้าได้ทำ MRI จะเห็นชัดกว่าเพราะ MRI มีประโยชน์มาก ถ้าจะดูสมองส่วนต่างๆ โดยเฉพาะใน posterior fossa อีกทั้ง MRIA ก็จะทำให้เห็นพยาธิสภาพหลอดเลือดแดงที่อุดตันด้วย นอกจากนี้ก็ควรส่งเลือดตรวจหาซิฟิลิส ถึงแม้ว่าในผู้ป่วยรายนี้ aneurysm ไม่น่าจะเป็นจากโรคนั้น แต่คงเป็นจาก atheroma

น่าสนใจที่มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด aortic aneurysm พบว่าการสูบบุหรี่เป็นตัวการสำคัญอย่างหนึ่ง นอกจากนั้นบางรายพันธุกรรมอาจจะมีส่วนช่วยทำให้มีโรคนี้ด้วย ผมเลยรวบรวมเอกสารในแง่มุมมองต่างๆ ไว้สำหรับหาอ่านเพิ่มเติมได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น abdominal aortic aneurysms เพราะดูเหมือนจะมีผู้ศึกษาไว้มากกว่า

แนะนำเอกสาร

- 1) Morris PJ. Aortic aneurysms. In: Oxford Textbook of Medicine. Third Edition. Vol 2. Eds: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA. Oxford University Press, Oxford. 1996; pp. 2364-5.
- 2) Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D, et al, for the Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Study Group. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Ann Intern Med 1997; **126**: 441-9.
- 3) Hammond EC, Garfinkel L. Coronary heart disease, stroke, and aortic aneurysm. Factors in the etiology. Arch Environ Health 1969; **19**: 167-82.
- 4) Johansen K, Koepsell T. Familial tendency for abdominal aortic aneurysms. JAMA 1986; **256**: 1934-6.
- 5) Reed D, Reed C, Stemmermann G, Hayashi T. Are aortic aneurysms caused by atherosclerosis? Circulation 1992; **85**: 205-11.

- 6) Doll R, Peto R, Wheatley K, Gary R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors. BMJ 1994; **309**: 901-11.
- 7) MacSweeney ST, Ellis M, Worrell PC, Greenhalgh RM, Powell JT. Smoking and growth rate of small abdominal aortic aneurysms. Lancet 1994; **344**: 651-2.
- 8) Jatchavala J, Tuntiwiwut C, Pekan P, Pharachai M, Aimachariyachai M. Abdominal aortic aneurysms: CT features in ruptured and non-ruptured aneurysms. Rama Med J 1998; **21**: 104-11.
- 9) Sriussadaporn S, Pak-art R, Chiamanantapong S, Tangchai W, Nivatvongs S, Sirichindakul B, et al. Surgery of the abdominal aorta: experience of a university hospital in Thailand. J Med Assoc Thai 2001; **84**: 1655-60.
- 10) Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, Reinke DB, Littooy FN, Acher CW, et al for the Aneurysm Detection and Management Veteran Affairs Cooperative Study Group. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med 2002; **346**: 1437-44.
- 11) The United Kingdom Small Aneurysm Trial Participants. Long-term outcomes of immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med 2002; **346**: 1445-52.
- 12) Thompson RW. Detection and management of small aortic aneurysms. N Engl J Med 2002; **346**: 1484-6.
- 13) The Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The multicentre aneurysm screening study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men : a randomised controlled trial. Lancet 2002; **360**: 1531-9.