

Clinical Pathological Conference Case Records of the Chulalongkorn Hospital

(เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2506)

บันทึกและรายงานโดย

* น.พ. เสรี ร่วมสุข

** น.พ. ชัยเวช นุชประยูร

*** นศพ. ศัลย์เวทย์ เลขะกุล

และ น.พ. ประสาน ต่างใจ

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ:

CPC วันนอกนอก Routine ที่เคย
ทำสักหน่อย เพราะ informations ที่
ขาดตกบกพร่อง คนไข้ก็ไม่ได้ admit ไว้
ในโรงพยาบาลเลย เพียงแต่ผ่าน OPD
4 ครั้งในเวลา 6 วัน ฉะนั้นถ้าจะให้อาจารย์
ผู้ใดมา discuss ก็จะไม่ยุติธรรม และ
investigations ก็ไม่มีเลย แต่จุดประสงค์
ในการทำ CPC คราวนี้ก็คือ ประการแรก
พอทำ Autopsy แล้วผลที่ได้ interesting
มาก เป็น unusual lesion ถ้าเกี่ยว
เฉย ๆ ก็จะไม่มีการใคร่เรื่อง ก็เลยเอาให้
discuss กันบ้าง ประการที่สอง ก็คือ
เพื่อให้รายงานเป็นบทเรียน ให้ระลึกถึงหน้าที่
ของพวกเราในการให้ Service ต่อคนไข้ที่
มาโรงพยาบาล

ประวัติ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 24 ปี มาตรวจที่
OPD ครั้งแรก เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม
พ.ศ. 2506 ด้วยอาการปวดศีรษะอย่าง
รุนแรง และมีอารมณ์หงุดหงิด พักยาวจน
มาเป็นเวลา 11 วัน

ประวัติคือคิดพวว่า ผู้ป่วยเริ่มปวดศีรษะ
มาเมื่อ 4 เดือน ก่อนที่จะมา ร.พ. รัชก
ปวดตอนแรกที่หลัง และต่อมาลามไปที่คอ
และที่ขมับทั้ง 2 ข้าง

การตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ได้
จ่ายยาแก้ปวด และ Tranquilizer ไปกิน
ที่บ้าน

หลังจากกลับถึงบ้าน คนไข้เกิดมีชัก
กระตุก และตัวเกร็ง พร้อมกับคลื่นไส้

* เป็น Resident ในแผนก Neuro surgery

** เป็น Resident " " "

*** นศพ. ปีที่ 4

อาจารย์ในแผนก Pathology

เข่าวันรุ่งขึ้น คนไข้มาที่ ร.พ. อีก มาให้ตรวจทางฝ่ายโรคจิต อาการปวดหัวมากขึ้น ย่นวามคอแข็ง และปากคอแห้ง การตรวจร่างกายไม่พบสิ่งผิดปกติ ความดันเลือด 120/80 ม.ม. ปรอท ให้ผู้ช่วยกลับบ้านพร้อมกับนัดให้มาพบ Neurologist อีก 1 อาทิตย์ต่อมา

6 วันต่อมา (30 กรกฎาคม 2506) คนไข้มาตรวจที่ OPD อีก ได้ทำ White blood count ได้ 7,300 ตัว Neutrophil 64% และ lymphocyte 36% แพทย์ให้คนไข้กลับบ้านอีก โดยไม่ได้ให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน

ในย้ายวันเดียวกันนั่นเอง คนไข้เกิดหมดสติที่บ้าน และญาติได้พามา ร.พ. ตอนเย็น ผู้ป่วยมีอาการ deep coma, pupils ขยายเต็มที่ และมีตัวเขียวเล็กน้อย ชีพจรช้ามาก ไม่มีคอแข็ง ตับโต คลำได้ 1 นวมือ ลักษณะ firm 2 นาทีต่อมา หัวใจก็หยุดเต้น ขณะที่แพทย์ฝึกหัดกำลังตรวจอยู่ ได้ทำการนวดหัวใจภายนอก และให้ยาหลายอย่าง แต่ไม่ไ้ผล ผู้ช่วยสันใจที่ OPD

ขอเชิญอาจารย์หมอต้วมา discuss

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ทวี ตมราสิน: ไม่ละ ก็ไม่ได้เตรียมมาเลย เพียงแต่จะมาฟังเท่านั้น

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ: ینگ ขอเชิญอาจารย์หมอต้วของจันทร์

นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์: GPC รายนี้ คนไข้ชายหนุ่ม อายุ 24 ปี chief complaint คือ severe headache 11 วันก่อนมา ร.พ. พร้อมกขม disorientation, Emotional confusion

ประวัติอกหัก เริ่มถึง 4 เดือน และมาปวดมากจนมาก 11 วัน จึงได้มาโรงพยาบาล อาการปวดเริ่มที่หลัง แล้วไปคอและ temporal area ทั้ง 2 ข้าง เพียงประวัติแค่นี้ ก็ขอทำ analysis เรือง headache เพอประโยชน์แก่นักเรียนแพทย์

คนไข้มาด้วยอาการ ปวดหัว ถ้าถามประวัติก็ ๆ ก็วินิจฉัยโรคได้มาก อาจกล่าวได้ว่าเกือบ 80% ที่เคย

ปวดหัวมึนอะไรบางอย่าง ก่อนนอนต้องรู้สึกอ่อนว่าภายในศีรษะมี structures ใดบ้างที่ sensitive ต่อ pain เนื่อ brain ทั่ว ๆ จะไม่ sensitive ต่อ pain ทั่ว pain sensitive ได้แก่ dura mater, dural sinuses, arteries พวกนี้ถ้ามี irritation, ขัดเขยว, ถูกดึง ถูกขยก็จะเกิด pain ขึ้น ฉะนั้น pain ที่จะเกิดจากโรคใน Intracranial Cavity กรม 2 processes ศึกษกันคือ

(1) Mechanical process มีการเบียด คึง กด ต่อ pain sensitive structures

(2) Chemical หรือ noxious stimuli คือ pain sensitive structures

สำหรับ Mechanical pressure ที่พบอยู่เสมอคือ Space occupying lesion มี mass ใน Intracranial Cavity จะเพิ่ม Volume ของ brain โดยมี Edema และเนื้อ brain เพิ่มขึ้น โดยมี tissue แปรกลปลอมมา และเกิด increased volume ของ CSF ในรายที่มีการ block ใน passage ของ CSF เมื่อ volume มากขึ้น ก็จะไปกด, เบียด พวก pain sensitive structures ทำให้เกิดอาการปวดหัว ซึ่งมี diffuse ไม่แน่นอน tumor ข้างหลังอาจปวดที่ frontal area และทำนองเดียวกัน tumor จากข้างหน้าอาจไปปวดข้างหลัง

การปวดจากเนื้องอก Circulation ของ CSF หรือ pressure ใน CSF ผิดปกติ เช่น มากขึ้น อย่างใน hydrocephalus แต่อย่างในรายที่ pressure ต่ำกว่าปกติ ก็ทำให้ปวดหัวได้ เช่น การปวดหัวจากทำ Lumbar puncture เหนือออก

พวกนี้จะปวด diffuse ไปหมด และมี Characteristic sign อันหนึ่งก็คือ ถ้าเราเพิ่ม pressure ใน CSF โดยกด jugular veins ทั้ง 2 ข้าง อย่างเช่นทำ Queckenstedt test จะทำให้อาการปวดหัวทุเลาลง ก็ช่วยเรานิวินิจฉัยโรคได้

การปวดหัวจากเหตุอื่น เช่น Cerebral circulation ไปสู่สมองไม่ปกติ เช่น right sided heart failure ฉะนั้นพวกคนใช้ Congestive heart failure บางรายจะมา Complaint ด้วย. Intoxications ต่าง ๆ ก็ทำให้ปวดหัวได้ เช่น uremia เป็นต้น มันสามารถทำให้เกิด pleuritis, pericarditis ทำนองเดียวกันก็เกิด meningitis ได้ จึงทำให้ปวดหัวขึ้น

ปวดหัวที่พบ Common ที่สุด ที่มาหาเราที่โรงพยาบาลคือ Migraine คนไข้ให้ประวัติ ปวดหัวครึ่งซีก ปวดเป็น Throbbing pain ปวดๆ และ paroxysmal ประมาณ 5-6 ถึง 12 ชั่วโมง แล้วก็หายขาดไปเลย แล้ว 2-3 วัน หรือรุ่งขึ้นก็ปวดอีก ก่อนปวดอาจมีอาการทางตา เป็นจุดดำ ๆ หรือแสงแวบๆ ที่เรียกว่า scintillating scotoma ก็ได้ เมื่อยมีอาการทางตาเกิดขึ้น ราว 1-2 นาที แล้วจึงจะมี

ปวดหัวตามมา เป็นลักษณะ typical ของ migraine

อีกอันที่พบบ่อยรองมาอีก Tension headache เกยวกับอารมณ์ และ Mental disturbance คนไข้มัก Complaint ปวดข้างหลัง เมื่อยๆ หลังทำงาน มักเป็นตอนเย็นทุก ๆ วัน ตรวจร่างกายก็ไม่พบสิ่งผิดปกติอะไร

อนันเป็น analysis สำหรับนักเรียนแพทย์ทั่วไป พกประวัติรายน ปวดหลัง, คอ แล้วถึง temporal area เป็นไปได้ ถ้าเยอมี stimulation ของ pain sensitive structure ที่บริเวณ meninges ซึ่ง supply โดยแขนงของ trigeminal nerve ทุกแห่ง ฉะนั้นเมื่อมี Irritation ของ nerve V ก็จะมี referred pain ไปยัง nucleus และ spinal tract ของ nerve V แล้วลงไปถึง Cervical spinal cord แล้วเป็น reflexes ไป muscles ของ neck, back ตอนนั้นๆ หมายความว่า มี lesion ที่หัว จะมี pain ที่คอ หรือ upper back ได้โดยไม่มียเหตุ จะ migrate ลงล่าง หรือขนยกลงได้ทั้งนั้น

คนไข้ที่เป็น Spontaneous subarachnoid hemorrhage ปวดหัวทันทีทันใด คนไข้มักจะ complaint ปวดทันที และ

หลังจากอนเส่มอ แล้วจึงจะปวดหัว เป็นอย่าง sudden อันนก็เช่นเพราะมี mechanical pressure ต่อ meninges โดยตรง

พวก meningitis ยางรายที่ทำให้คอแข็ง ก็มีอาการปวดหลัง และท้ายทอยก่อนเส่มอ

นี่เป็นเรื่องของประวัติ ซึ่งเราก็ดังกร ไม่ไดว่า ถามมาจนถึงแค่นั้นแล้ว จะเห็นโรคอะไรได้บ้าง เพราะ protocol บอกไม่ละเอียด ไม่มีเวลาใดที่ปวด เวลาสำคัญมาก เวลาเข้าคานอนมาปวด คอของนคนง space occupying lesion ฉะนั้นจึงต้องผ่านไป

ตรวจร่างกายที่ OPD ไม่พบสิ่งผิดปกติเลยไม่ใคร่ข้ไว้ในโรงพยาบาล ให้แก้ยาแก้ปวด และ Tranquillizer ไปกิน

คนไข้ปวดหัวมาตั้ง 4 เดือน แล้วทวความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แค่นั้นถึง organic ในสมองแล้ว เพราะพวก functional แล้วมันปวดไม่รุนแรงเพิ่มขึ้น ฉะนั้นเท่านั้นจึงจะนำไปสู่การวินิจฉัยได้ เชื่อว่าคงได้รักษาการตรวจไม่ละเอียด เพราะคนไข้กลับไปบ้านแล้ว ชักกระตุก, มีแข็งๆ และอาเจียรที่ขาน อย่างนั้นยังไม่มียเหตุเป็น organic diseases ใน brain แน่ ปวดหัว

และอาเจียร เป็นอาการของ increased intracranial pressure triad ของ Increased Intracranial pressure คือ ปวดหัว อาเจียร และ papilledema เรา ได้มา 2 แล้ว มีอันหนึ่งไม่ได้

คนไข้กลับมากาอีก แพทย์ OPD ควรของนักถึง organic disease แล้ว แต่ ถึงกระนั้นคนไข้ก็ยังถูก refer มาถึง neurological unit ปวดหัวมาก ย่นคอแข็ง แต่ตรวจไม่พบอะไร และนึกให้มาใหม่อีก หลายวันต่อมา อย่างนั้นถ้าตรวจไม่พบอะไร จริง ๆ ก็น่าให้ปล่อยได้ แต่ไม่รู้ว่าจะตรวจไป ละเอียดแค่ไหน อย่างไรก็ตาม ตามอาการ ปวดหัว อาเจียรอย่างนั้นแล้ว ควรจะปรึกษา neurologist หรือ neurosurgeon ทันที

อีก 5 วันต่อมา คนไข้มา OPD อีก ได้ทำ white blood count แต่ก็ไม่มีจุด สำคัญ คนไข้ถูกส่งกลับบ้านโดยไม่มี diagnosis และไม่มี การตรวจดู eye ground กันเลย

การตรวจร่างกายละเอียด โดยใช้ ophthalmoscope จะบอกได้ว่ามี Increased Intracranial pressure มากกว่าจะทำ white count

ย้ายวันเดียวกันคนไข้กลับมากาอีก และ คนไข้เข้า terminal state คือ deep coma,

Cyanosis ซึ่งพบบ่อยที่คออย่างขงว่ามี sign ของ severe Increased Intracranial pressure โดยมี herniation ของ Cerebellar tonsil ไปกด medulla คนไข้ก็ expired โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยให้ถูก- ต้องเท่าที่ควร

ผมเคยสอนนักเรียนแพทย์ตลอดเวลา ว่า ถ้าเรา diagnose คนไข้ว่าเป็น organic disease แล้วตรวจไปก็ถือว่าเป็น functional neurosis คนไข้ก็ไม่ตาย แต่ถ้าคนไข้เป็น organic disease อย่าง brain tumor แล้วไป diagnose ว่าเป็น neurosis คนไข้ก็อาจตายได้ อย่างรายนี้เป็นคน ฉะนั้น จึงควรที่จะต้องตรวจให้ละเอียด เพราะมัน หมายถึงชีวิตของคนไข้

เท่าที่พบมาจะ differential diagnosis ก็ยากเต็มที่ มักเกิด increased intracranial pressure แน่ และคนไข้ ถึงแก่กรรม โดยมี severe increased intracranial pressure สาเหตุจะเป็น อะไร ก็ได้หลายอย่าง นักถึง brain tumor ก้อนเพอน ถ้าเป็นที่ cerebral hemisphere อาจมี neurological deficit เช่น hemiplegia ซ้ำงใดซ้างหนึ่ง ถ้าเป็น Slow growing mass ก็อาจจะมีซีก ถ้าไม่มก ผ่านไป เป็น brain abscess ใน cerebral

hemisphere ก็มีอาการดังกล่าวมาแล้ว ถ้าเป็น subdural hematoma น่าจะมี Neurological deficit ให้เห็น

คนไข้ที่มี increased intracranial pressure อาจเกิดจากมี Blockage ของ CSF ได้แก่พวก Infratentorial tumor, posterior cranial fossa tumor เช่น brain abscess, cerebellar abscesses, hematoma ที่ posterior cranial fossa พวก midline tumor เช่น pontine glioma, pinealoma, craniopharyngioma, cerebella tumor ชนิดต่างๆ หรือ ependymoma ไตทงน พวคนขวางทางเดินของ CSF

เราไม่ได้ทำอะไรมากกว่านี้ ก็ไม่สามารถวินิจฉัยลงไปให้ได้นั่นเอง

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ: ขอขอบคุณของจันทร์มาก แต่ Case นี้ไม่ expect จะให้ใครให้ definite diagnosis อยากทราบว่า หมอจรัสจะมีอะไรพบบ้างทาง neurosurgery

นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา: หมอทองจันทร์พบไว้เกือบหมดแล้วเกี่ยวกับ analysis ทั้งหลาย แต่ case นี้ก็เหมือนปัญหา คือว่า ปัญหาว่าจะทำอย่างไร คือคนไข้ซัก

มาด้วยอาการปวดศีรษะ จะเอาคนไข้ OPD ปวดศีรษะทั้งหมดมา investigate คงไม่ได้ ทำอย่างไรเราถึงจะแยกคนไข้ที่ว่าควรจะตั้งตรวจ และไม่ควรถองตรวจออกจากกันได้ เป็นปัญหาใหญ่

คนนี้มีปวดศีรษะมา ตอนคนแรกตรวจได้ว่าปวดมา 11 วัน แล้วมาตามประวัติชาติได้ว่า 4 เดือน มีปวดข้าง ถ้ามา analyse ว่าปวดศีรษะ มาจากอะไรได้บ้าง ปวดศีรษะใหญ่ๆ แล้วเกิดจาก 3 แห่ง (ศีรษะคือส่วนที่เห็นออกซันไป ถ้าตรงนปวดก็ปวดศีรษะ)

ศีรษะก็ประกอบด้วย ส่วนของสมองคือ กะโหลกข้างหลัง ก็ส่วนหน้า ฉะนั้นปวดศีรษะก็มีปวดมาจากกะโหลก หรือ intracranial diseases อันที่ 3 จากหน้า อันที่ 3 ก็เนื่องมาจาก ส่วนของตัวที่ทำให้ปวดศีรษะ อันที่ 4 อาจอยู่ในข้อ 3 ก็คือปวดศีรษะจากจิตใจ พวก Psychozenic และ tension headache ทั้งหลาย

พวกหนึ่ง หรือ intracranial diseases เมื่อทำให้ปวดศีรษะอาจทำให้เกิดอันตรายต่อคนไข้ ได้ก็ควร Investigate ไปทางหนึ่ง ถ้าปวดศีรษะจากหน้า เช่น sinusitis, eye strain หรืออื่น ๆ ก็อาจต้อง Investigate

ทางนั้น เพื่อจะแก้ไข ถ้าปวดศีรษะมาจาก systemic disease เช่น heart failure, anemia และอะไรก็แล้วแต่ ที่ทำให้ปวดศีรษะ ก็อาจต้องรับการตรวจทาง medicine ถ้าเป็นพวก Psychogenic headache หรือ tension headache ก็ต้องรักษาไปทางค่านโน้น

ทำไมเราจึงจะแยกพวกนี้ออกจากกันได้ ทพศกติกาคือ ใช้เวลาที่สั้นโรค ถ้าคนไข้เป็นมาเวลานาน สมมติว่าเป็นมา 18 ปี ก็น่าจะไม่ใช่ organic intracranial diseases ถ้าคนหนึ่งมาบอกว่า ปวดศีรษะมา 10 ปี เป็นทกวันตลอดวัน อย่างนี้การปวดศีรษะนั้นจะเป็น severe ไม่ได้ ต้องค่อนไปทาง psychogenic เราอาจจะพิจารณาได้จากเวลานี้ได้ว่า คนไหนควร investigate สมมติว่า คนไข้คนหนึ่งเข้ามาปวดศีรษะ 11 วัน หรือ 3-4 เดือนก็ตาม อันนั้นเขาเพิ่งเข้ามาใหม่ ๆ ต้องคิดว่า รุนแรงแค่ไหน เป็นหวัดคหวัดหรือเปล่า มีอาการอย่างอื่นด้วยไหม ถ้ามันเป็นมากจน ๆ ควรจะ investigate หา เพราะมันอาจจะเลวลงจนถึงอันตรายได้

Indication ที่จะได้ investigate อีกอันคือ มีอาการอย่างอื่นรวมด้วยหรือไม่ มี

neurologic sign ร่วมด้วยไหม สำหรับคนนี้ มาครั้งแรกการตรวจร่างกายไม่พบอะไร อันนั้นขึ้นอยู่กับว่าใครตรวจ หรือตรวจอย่างไร แต่ว่าสมมติว่า ครั้งแรกตรวจได้ว่าไม่พบอะไร ก็นั่นนี่ยังอาจจะยกโทษให้ คือหมายความว่า ยังเป็นไปได้ว่า มีคนไข้เยอะแยะที่ให้อาการอย่างนั้น อาจต้องลองดูไปก่อนสักพักหนึ่ง แต่พอคนไข้กลับบ้านแล้วมาโรงพยาบาลอีก บอกว่าซักมาเมื่อซักแฉกแกมมาเจ็ดขวบ อันนี้ของรพแล้ว เพราะมันยังว่าเป็น group ที่หนึ่ง คือเป็น intracranial disease และยังคงอยู่ในระยะหลังอาการมันมากขึ้น ฉะนั้นจึงเป็นของที่ไม่น่าจะ miss ไปได้ สำหรับ analysis ของ case หมอทองจันทร์พวกไว้เป็นส่วนใหญ่แล้ว อยากจะพูดถึง diagnosis นี้ก็หนึ่งอย่าง อย่างนี้จะคิดถึงอะไรบ้าง

สำหรับ symptom & sign ยังว่ามี increased intracranial pressure และเมื่อคนไข้เข้ามาตอสนุคท้ายมี pulse ช้า ซึ่งเข็มนอนหนึ่งที่ยังว่าเป็น increased intracranial pressure ฉะนั้นคนไข้มา OPD มีปวดศีรษะ คลำ pulse เสียดวย ถ้ามันลงไป 60 รีบระวังไว้ว่า มันอาจจะมาจาก increased intracranial pressure ถ้า

กว่า increased intracranial pressure

มีอะไรข้างที่หม้อชอยพอกเสมือ คือว่า ใน
 กระโหลกมี space ซึ่งมัน limit ในนั้น
 มี brain, spinal fluid, มีเลือด ฉะนั้น
 ถ้าอย่างหนึ่งอย่างใดเพิ่ม จะเป็นเนื่อ brain
 กก็ CSF เพิ่มกก็ หรือมีเลือดเพิ่มกก็ ก
 จะทำให้ increased intracranial pres-
 sure ถ้ามีอย่างอื่นที่ไม่ควรอยู่ในนั้นเข้าไป
 เช่น เป็น abscess หรือ tumor ก็ทำให้
 increased intracranial pressure เหมือน
 กัน ซึ่งถามนเกิดจาก cerebral lesion
 มักจะทำให้เกิด localizing sign ก่อน
 คนไข้เขามาตง 4 ทน ถ้ามี localizing
 sign เช่น weakness ไปข้างหนึ่งทงหวังว่า
 คงตรวจได้ ฉะนั้นน่าจะไม่ใช่ cerebral
 lesion แต่ subdural hematoma
 localizing sign มันน้อยอาจะแยกออก
 ไปไม่ได้ แต่อันหนึ่งที่ทำให้เกิด increased
 intracranial pressure ในกรณีนี้คือ
 blockage หรือ mass ใน posterior
 Fossa ซึ่งทำให้เกิด obstruction ของ CSF
 pathway และน้ำเพิ่มในกระโหลก ฉะนั้น
 อย่างนั้น diagnose ว่าเป็น acute hydro-
 cephalus การรักษาก็ควรจะ Consult
 neurosurgery

Clinical Diagnosis

- (1) Headache cause? Intra-
 cerebral hemorrhage

(2) Brain tumor

Diagnosis ของนายแพทย์ทองจันทร์ :-

ต้องมอะไรไปอกทางเกิน CSF จึงทำให้
 เกิด increased intracranial pressure
 อย่างเคียว จึงไม่มี neurological deficit
 หนักถึงมากคือ

- (1) Tumor of 4th Ventricle เช่น
 Ependymoma
- (2) Cerebellar tumor, midline
- (3) Pinealoma

นายแพทย์จรัส ขอแถม Diagnosis

- (4) Subdural hematoma
- (5) ในเมืองไทยมีโรคอีกอันที่พบบ่อย
 โดยไม่มี neurological sign คือ

Basal arachnoiditis ทำให้เกิด
 obstructive hydrocephalus

นายแพทย์ ทวี: อ่าน Protocol ไล่ไว้
 ว่า liver โต 1 F.B firm แต่ไม่ยอกว่า
 nodular สงสัยว่าจะมีความหมายหรือเปล่า
 คณะกลงว่ามี secondary ที่ liver แล้ว
 ไป brain จะโตใหม่ ที่ไปโดยอับ ก primary
 ที่ lung เคยเห็นคนไข้คนหนึ่งยูก ๆ
 ก็ปวดศีรษะ โดยไม่มี localizing sign
 เลย เวลาถึงแก่กรรมภายในไม่กี่วัน ตรวจ

ศพบ growth ใน frontal lobe แล้วมี hemorrhage เข้าไปใน growth นั้น ก็เลยถึงแก่กรรมในเวลาอันรวดเร็ว

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ :- ผลการตรวจศพ main pathology อยู่ใน cranial cavity ผู้ป่วยรูปร่างค่อนข้างโต อวัยวะทุกอย่างหนัก และใหญ่กว่าธรรมดา เล็กน้อย liver หนัก 1910 gm มี passive congestion อย่างเคียว หัวใจหนัก 300 gm มี dilatation นึกน้อย ไม่มี basic underlying pathology

รูปที่ 1 Brain หนักมาก 1550 gm มี swelling & edema พบ pressure cone ที่ uncus และ cerebellar Tonsil เมื่อยก cerebellum ชนระพบ protruding tumor ออกมาจาก 4th ventricle เป็น multiloculated cyst มีสีเขมวอน ๆ

รูปที่ 2 เมื่อยก saggital section พบว่า tumor ซึ่งเป็น loculated cyst มีขนาดเป็นเม็ด ๆ สีแดง ๆ อยู่ข้างใน มีขนาดราว 3 cm ใน greatest diameter มี area ของ calcification คล้ายสีน้ำตาลแดงเล็กน้อย loosely attached กับ brain ที่อยู่รอบ ๆ บริเวณ pineal area เขยตเอา midbrain

รูปที่ 3 นเช่น microscopic section ที่เห็นเป็น squamous epithelium ที่ line cyst cyst อีกอันหนึ่ง line ด้วย epithelium ที่คล้าย ๆ กับพวก upper respiratory tract mucosa

รูปที่ 4 อีกอันหนึ่ง เห็น Cartilage และ enterodermal element ตรงนประกอบด้วย embryonic mesenchymal tissue ลักษณะคล้าย ๆ กับ embryonal kidney

รูปที่ 5 เป็นกลุ่มของ Cell ซึ่งคล้าย epithelium cells บางตัวมีขนาดใหญ่ nucleus สีเข้ม ลักษณะของ Cell ทั่วไปคล้ายกับที่เราเห็น ใน dysgerminoma of cavity หรือ seminoma of testes นอกจากนั้นกลุ่มของ lymphocyte อยู่ด้วย

Final Pathological Diagnosis

Benign cystic teratoma at pineal body

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ: ใครอยาก discuss เกี่ยวกับ Tumor นข้างใหม่ครับ นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา: รู้สึกน่าเสียดายที่ tumor นคล้ายเป็น benign tumor ไป ถ้ามาฉีดยาเร็วสัก 5 วัน ก็พอจะมีทางรอดบ้าง

tumor นีเป็น Variety หนึ่ง ของ pineal tumor ซึ่งมีอยู่ 3 ชนิด Pinealoma, Pirealo-blastoma & Pineal teratoma อันเป็นอนหนักอนข้าง benign มันทำให้เกิดโรคโดยมี obstruction ของ CSF การรักษาดังจะผ่าทักเข้าไปทนทำไม่ได้ คือ หมายความว่าทำได้ลำบาก Mortality มันสูง เราแก้ได้ง่ายนิกเดียว โดยจะใส่ Shunt เข้าที่ lateral Ventricle ที่อกับ cervical subarachnoid space ให้น้ำมันไหลไปคือน้ำไหลได้ คนใช้ก็อาการคชช เพราะ Syptom ทงหมคเกิดมาจาก increased intracranial pressure

อยากพคอีกนิกว่า ถ้าคนใช้ปวดศีรษะ อย่างนเขามาแล้ว ถอนเดียวที่ไซ้ประโยชน์ โลกทสค ก็คือ eye ground เท่านั้น เป็น sign ที่สำคัญว่า

นายแพทย์ จตุพร หงส์ประภาย : พังอยู่นาน ฐีสักสองสักรและเห็นใจหมยที่ตรวจตอนแรกมาก ในเวลาเดียวกันถ้าพวกเรามี basic อยู่ในใจเป็น Step ใปกั จะช่วยการวินิจฉัยโรคโคคชช Intern & Resident หรือ Senior พวกนักเรียนแพทย์ ซอวิงวอนให้ใช้ ophthalmoscope ให้ มากๆ หน่อย เพราะว่า eye ground

สำคัญ และดูไม่ง่ายเลย แต่ถ้า papilledema ซัก ๓ ก็ดูไม่ยากหาว่ามี fundamental ก็อย่างหมอทองจันทรวา increased intracranial pressure ต้องมี sign 3 อันที่ เป็น base อยู่แล้ว คือ ปวดหัว อาเจียร และ papilledema แล้ว เข้ามาเมื่อไรก็คงตรวจพบ และคงไม่ผิดไปได้ในคนไข้ อย่างไม่มากก็คงจะปล่อยให้มาตายที่ แผนก นิวโรลก็เราทำ shunt ให้แล้ว คนไข้ก็ชชช แต่ต่อไปก็ expired โดทหลังแน่ อย่างไม่กคณาเราตรวจอย่างละเอียด ทั้งแคทแรก แล้ว ก็คงไม่มีใครว่าเราได้ ฉะนั้นหาก พวกเรามีโอกาสจะดู eye ground ก็กกันเองก็ได้ให้แน่ ๆ แล้ว abnormal ก็ดู ออกเอง

นายแพทย์ประสาน ต่างใจ: อยาก comment ในทาง pathology นิกหน่อย pinealoma นพน้อย รวาว 0.5% ของ brain tumors เท่านั้น ยิ่งชชชคคคือ pineal teratoma ยิ่ง rare ของ Suzuki's Series พย 2 รายจาก Tumors in Pineal region 24 ราย ซึ่งแสดงว่า rare มาก ปกคมีน เกิดที่ midline ของ brain ที่โลกคาม ไม่จำเ็นคชชที่ pineal, ที่ hypophysis ก็ได้ สิ่งทอยากพคและคคคว่า interesting จริงๆ ในรายนคคือ tumor ซงเขา classified

ว่าเป็น pinealoma นั้น ผมเสนอเชิงไปทางที่จะเชื่อว่า แท้ที่จริงส่วนมากเป็น Teratomatous growth ไม่ใช่เป็น tumor ซึ่ง arise จาก pinealocyte or pineal gland proper โดยยกตัวอย่าง Case นี้ ซึ่งเป็น benign กุลักษณะทั่วไปเหมือนกับ true benign cystic teratoma หรือ Dermoid cyst อีกรวมๆ แต่ม area หนึ่ง ในรูปสีกท้ายประกอบด้วย Cells ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับ Cell ที่พบใน dysgerminoma of ovary หรือ Seminoma of testes ซึ่ง Cells เหล่านี้เป็น Totipotential Cells สามารถ differentiate ตัวเองออกไปเป็น Structures อะไรก็ได้ Extoderm หรือ Entoderm ก็ได้ cells เหล่านี้ถ้าพบอย่าง ใดๆ Classification ของ tumor นั้น จะถูกเรียกว่า Pinealoblastoma ในเมื่อรายงานนี้เป็น Benign cystic teratoma ก็ไม่ควรจะมี Cell ชนิดนั้นอยู่ ผมเห็นว่าอันนี้เป็นสิ่งสำคัญ คือเป็น composit และยืนยันการ study ของ Russel ทว่าส่วนใหญ่ของ Pinealoma ที่หมอจรัสเรียกนั้นมักเป็น atypical teratomatons growth เหมือนกัน

นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา: ขอ comment นึกว่า ที่ว่า tumor ที่ pineal region นั้นเป็นของ rare ที่จริงแล้วในยู่ที่แล้ว รายงานเป็นรายที่ 4 ในโรงพยาบาลของเรา

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ภิรมณ์ สุวรรณเตมย์: ขอถามนีกที่เรากำ CPC นี้ เราเรียน มิได้มาค่อว่าค่อชานกัน ประเคยจะนีกว่า เรามาค่อว่าค่อชานกัน ลงท้ายก็เลยไม่กล้ามา เรื่องแพทย์ของเรา เราเรียนเสมอ

นายแพทย์ ทองจันทร์ หงส์ลดารมภ์: วันนั้นขอโทษเขนยทเรียน ของเราวว่า วินิจฉัย ผคนทำให้คนไข้ถึงแก่กรรมเร็วกว่าสมควร สังกตผลออกอนทง ที่เห็นจาก protocol คอ มาคองทสองแล้วยังไม่วินิจฉัย จึงขอ ให้เป็นขอสงวรรณไว้ สำหรับ Intern และ Resident และนีกเรียนแพทย์ที่จะรบค่อไป การทรวทละเอียคเป็นของสำคัญเหลือเกิน เครื่องมือสำหรับ eye ground นั้นแพงจริง แต่ก็ไม่แพงไปกว่าชีวิตของคนไข้ได้