น้าตัวสุราศี ใช้ยา 20 ปี รับเรื่องในเรื่อง
แพทย์จุฬาลงกรณ์ เกินวันที่ 18 ธันวาคม 2515
เนื่องจากพยาบาล และยาที่ 20 วัน ผู้ป่วย
เป็นการผิดกลไกร่างกายขณะส่งออกผลิตภัณฑ์
ไม่ประสงค์การตรวจหรือเห็นอย่างมาก่อน
เนื่อง 20 วันยืนนั่นเป็นมีไข้ พบ แอน
รากที่ไม่ดี และเหนื่อยรำค ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก
เบื้องต้น 5–6 วัน อาการขึ้นจริงไปพบแพทย์
ที่โรงพยาบาลหญิง แพทย์จุฬาลงกรณ์ แพทย์รักษาในโรงพยาบาล
หญิง การตรวจร่างกายครั้นพบว่า อุณหภูมิ
98.6 ْF. ขี้ขาว 128 ครั้ง/นาที หายใจ 24
ครั้ง/นาที ความนัยอิเล็กตรอน 110/80 มม.perl
ขณะนี้รับไม่ช่วย ผลิตเลือดที่คล้ายไม่พอง
รั้วองเป็นลักษณะ collapsing pulse พังปกติ
ได้ rhonchi ที่หลังของช้าง หัวใจผ่า จุดที่
หัวใจคับแข็งอยู่ที่ช่องโครงรั้ว 5 ออกเส้นแบ่ง
กล้ามเนื้ออยู่ที่ร่างกาย ไม่มี thrill มี
to and fro murmur grade 3 ที่ช่องโครงรั้ว 3
คับตก 1 นั้นได้ขยายโครงร่าง
ตรวจพบสารอาหารในเลือดภูมิคุ้มกัน:
ตรวจเลือด
พบ hemoglobin ร้อยละ 11.2 กรัม hematocrit
ร้อยละ 38 เม็ดเลือดขาว 17,200 เซลล์/ลบ.มม.
neutrophil ร้อยละ 67 lymphocyte ร้อยละ 26
 eosinophil ร้อยละ 2 และ monocyte ร้อยละ 5
VDRL ได้ผลเป็น ASO titer 160 units ตรวจ
คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า sinus tachycardia หัว
ใจเต้น 120 ครั้ง/นาที axis +60 ْและ ventricle
ช้าโดย ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย digitalis ยา
ขับปัสสาวะและ penstrep ในระยะ 10 วัน ผู้
ป่วยตรวจร่างกายและออกจากการโรงพยาบาลหญิง แม้ว่า
แพทย์จะแนะนำให้อยู่ตรวจ cardiac catheterization
ก่อน
ข้ามที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
อาการหน้าอก พูดไม่รู้เรื่อง คั้นเขียว อุณหภูมิ
96.8 ْF. ขี้ขาว 120 ครั้ง/นาที และมีอักบะฉีด
เป็น collapsing pulse ความนัยอิเล็กตรอน 190/0
มม.perl อาการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยเขียว
ไม่ก้องรู้เรื่อง ผลิตเลือดที่คล้ายไม่พอง หัวใจผ่า จุด
ที่ต่อตรงที่สุดอยู่ที่ช่องโครงรั้ว 7 ครั้นจะเห็น
ช่วงระหว่างเดินท่าน้ำ เชื้อ murmur ฟังไม่ได้ชัด
ปอดมี creptitation ที่ปลาย คับตก 4 นั้นได้
ไข้ประสงค์ว่า กล้ามเนื้อ ตรวจบุคลากรแพทย์
เลือดก่อนมากกว่ากับ granular cast จำแนกเลือด
น้อย hematocrit ร้อยละ 39 BUN 33 มก./100
มล. creatinine 1.8 มก./100 มล. น้ำตาลใน
เลือด 140 มก./100 มล. โซเดียม 141 mEq/ลิตร
โปรดเข้าใจ 4.8 mEq/ลิตร คลอไรด์ 98 mEq/ลิตร และ CO₂ 14 mEq/ลิตร

ให้ทำการรักษาด้วย digitalis morphone และ phlebotomy 3 ชม. หลังปรับไปใช้สูตรอื่นอย่าง 106.5 ปุ. ได้เกิดเลือดและยิ้มสว่างไปเพราะเชื้อและให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น และยังแก้ไขเวลานี้ยอกิ่งไปโรงพยาบาลได้ 30 ชม.

น.พ. ม.ว. ว. อุทัยพร เกมส์นาค

ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหนักมาก ทุ่นไม่รู้โรคนะร้ำร่ำงความไม่พอใจมาก บอกจากมี collapsing pulse เล็ก และ murmurs ก็ยังไม่ได้รายงานส่วนใหญ่ที่ยังมีให้จากโรงพยาบาลอยู่ ซึ่งกลุ่มงานรวมมาให้การยกป้ายในที่นั่งเจ็บ อุทัยพรนั่งโยกับการที่ได้รับมา

ผู้ป่วยเมื่อหายอยู่ 20 ปี ประกันการยับฮันที่น่าจะมีอาการขาดเลือดก็กรรมประมาณ 20 กว่าวันเท่านั้น ก่อนป่วยขี้มีประกันโรคออกไข้ แผลเกิดขึ้นซึ่งอย่าง กระทั่งมัน ผลการตรวจที่สีขาวมีอยู่ 2 อย่างคือ collapsing pulse และ to and fro murmurs ที่ช่องซีไกขอบ 3

Collapsing pulse โดยมากหมายถึงชีพจรที่แรงกว่าปกติ เกิดจาก pulse pressure ในหลอดเลือดแดงต่ำขึ้น อาจเกิดเนื่องจากหลายสาเหตุ คือ ปริมาณเลือดที่คงออกมากว่าเจ้าจากการบริบัติ และภาวะผิดสมดุล (increase stroke volume)

ความต้านทานของหลอดเลือดในรังกายลดลง (decrease peripheral vascular resistance)

หรือความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง มีปล่อยๆที่พบว่าจริงจริงจะพบว่าปกติมีลักษณะพิเศษร่วมด้วยก็คือ rapid upstroke brisk peak และ rapid downstroke Watson (ค.ศ. 1844) ให้ชื่อว่า Water-hammer pulse โดยอาศัยความรู้สึกที่เจ็บได้ระหว่างที่มี rapid upstroke ค่อนข้างจะให้รู้

ความลักษณะ rapid downstroke ว่า collapsing pulse บางครั้งเรียกว่าสิ้นภาวะ bounding pulse

อาการที่เกิดให้เกิด collapsing pulse และคิดว่าเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้ได้แก่ aortic insufficiency hemodynamic ซึ่งเกิดจากปริมาณเลือดที่ ventricle ช่างช่วยดีออกมากจากการบริบัติและครอบคลุมมากในที่นั่นสีเลือดไทยย้อนกลับเข้า ventricle ช่างช่วยในขณะขยายตัวทำให้ pulse pressure กำลังและเกิดคลื่น service collapsing pulse ประกอบไปเป็นแปลงของพันได้ในโรคถักทั้งชนิด เช่น Coronary arteriovenous fistula Anerysm of sinus of Val- salva Aortic septal defect ที่พบไม่ได้กับปัญหากีก pulmonary arteriovenous fistula และ anomalous left coronary artery จาก pulmonary artery ที่มีกลิ่นมาตรวจคู่ม่วงการที่พบ to and fro murmurs ที่ช่องซีไกขอบ 3 จะเห็นกับอะไรบ้างที่กล่าวมาแล้ว

* แผนกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่ต่ำกว่ากึ่งหนึ่ง 1. Aortic insufficiency (AI) นิยามที่เป็นมากโดยไม่จำเป็นจะต้องมี aortic stenosis รวมตัว การที่มีปริมาณเลือดคงตกจากหัวใจมากจะทำให้มี systolic murmur เกิดขึ้นด้วย ทำให้กล้ามเนื้อคลายกล้วยนิ่ม to and fro murmur ได้

2. Coronary arterio-venous fistula ส่วนใหญ่จะเป็น continuous murmur ซึ่งจะเป็นสุขต่ำแบ่งทางด้านขวาของกระดูกสันหลัง จึงยอมจะตัดคีลอยออก

3. Aneurysm of sinus of Valsalva โรคนี้ออกไปอย่างอาจต้องอาศัย aortography โดยหวังไปแล้วโรคที่เกิดคือ continuous murmur มีส่วนน้อยที่ทำให้เสียง to and fro murmur (Segal 1963) ซึ่งจากที่เห็นที่เดินยิน murmur นี้ สามารถจะบอกได้ทันทีว่าต้นท่อกองโรค หรือต่ำแห้งที่ sinus แตกนิ่มนิ่มในโรคนี้จะต้องแก้ไขกัน

4. Aortic septal defect จะพบค่อนข้างยาก murmur อาจเป็น continuous to and fro หรือหลายคิด systolic murmur ก็ได้ โรคนี้สามารถทำให้เพราะต่างแห่งของ murmur ส่วนใหญ่พบที่ข้อไซเรนท์ 2 ไม่สามารถทำให้ในผู้ป่วยรายนี้

5. Ventricular septal defect (VSD) ร่วมกับ AI มักจะมีเงิน to and fro murmur ที่ช่อง

6. Pulmonary arterio-venous fistula โรคนี้มีเสียง murmur ควรจะอยู่ในกลุ่มที่ไม่ใช่

7. Patent ductus arteriosus จะเป็น continuous murmur และคัดแห้งที่ได้ยินควรจะอยู่ที่ช่องไซเรนท์ 2 ทางค้นหาด้วยจะขอคัดออก

โดยสรุปแล้วก็เห็นค่ะ aortic insufficiency Aneurysm of sinus of Valsalva และอาเจียน VSD+AI คอนนิ่นของภาพที่เกิดกัน

น.พ. มณีไทย

ปรากฏตัวของหัวใจผู้ป่วยที่เกาหลีจากโรงพยาบาลบางหญิงเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2515 มีดังนี้ ท่าน 3 ทำ คือ PA, RAO และ LAO ทั้งสามทำมีการกลืน barium ด้วย (รูปที่ 1 ก.ข. และ ก.) ทำ PA เห็นเป็นปกติไม่มีผม infiltration ส่วน pulmonary vascularity เพิ่มขึ้นเล็กน้อยหรือเรียกว่า hypervascularity ของปอด หัวใจมีขนาดมาก สำหรับ vascular pedicle ของหัวใจมีเส้นเล็งมากมีมากกว่าที่เกิดขึ้นในตัวเป็นเพราะ aorta ซึ่ง ผลิตภัณฑ์

* แผนกอัศวินิธยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รูปที่ 1 ท่าภาพทัศนศาสตร์
ก. ท่า PA
ข. ท่า RAO
ค. ท่า LAO
รูปที่ 2 แสดงการนิวรักษาของ internal elastic lamella และ recent thrombosis ของท่อตันเอ็นดิตซ์ของ Subclavian artery (H&E X 100)

รูปที่ 3 ช่วง media ของท่อตันเอ็นดิตซ์แสดงการอักเสบ fibrosis และการอักเสบชนิด granulomatous โปรดสังเกต giant cells ในภาพ (H&E X 100)

รูปที่ 4 การอักเสบอุตสาหะช่วง outer media และ adventitia มีเซลล์พื้น mononuclear cell มากเวอร์ชั่นที่ผ่านวันของเส้นท่อ (Vasa vasarum) (H&E X 100)
(esophagus) มีรอยถูกกระแทก ทำให้ barium ที่ส่วนกลางบางส่วนไปเหยียด atrium ข้างซ้ายได้ สรุปในท่า PA ยังมี pulmonary hypervascularity, aorta โค atrium ข้างซ้ายยิ่งและ ventricle ก็ยิ่งแคบยิ่งไม่ได้บวกข้างซ้ายใหญ่ถูก

น.พ. ม.ร.ว. อุตมพร
มี shunt ในสมองหรือ?

น.พ. บุญทิพย์

ภาวะรั้งหรือไม่อาจเช็คกับ shunt ได้
ทำ RAO พบลมย้อยอยู่ในหน่ออย แต่ก็ยัง
แสดงให้เห็นว่า atrium ข้างซ้ายกลมถกว้างกว่า pulmonary artery ไปแบ่งเหลื่อมไม่ชัดข้นกัน
สรุปแล้วทำให้ยืนยันกันท่า PA ว่ามี atrium ข้างซ้ายยิ่ง

ทำ LAO เทมมี ventricle มีลายกระตุก
สันหลังไปทางหลัง แสดงว่า ventricle ข้างใด
ไม่พบแคบกันในแน่เป็นไปไม่ได้ในช่องปอดและ
ไม่มีหัวเห็นขับที่หลังหน้า

สรุปจากภาวะรั้งหรือทำตามที่ atrium
ข้างซ้ายได้ ventricle โคกิข้างซ้ายและขวา pulmonary artery และ aorta โค

น.พ. ม.ร.ว. อุตมพร

จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ยังพบ
เป็น sinus tachycardia มีใน lead V1, V2, V5 และ QRS มี high voltage ใน lead V5, V6

มีบางคนเช็คว่า Q ใน V1-V3 แสดงว่ามี myocardial infarction แต่จากการตรวจซุ้มหัวมันแต่
ventricle ข้างซ้ายก็มีปัญหา เช่น EKG
ปรากฏเกิดจาก ventricle ข้างใด การที่ทำซุ้มจาก
ภาพคล้ายกับมีเวสทีลัม mitral และ atrium โค
นั้นอาจมีปัญหาได้จาก hemodynamic คือในราย
ที่มี AI ชนิดที่รุนแรงและเนื้อผิวหลุมมีเส้นกัน
กลับเข้ามาใน ventricle ข้ามมาก ทำให้จะหาย
อย่างย่อๆกันโดยเพิ่มการท้านของลิ้น mitral
เพื่อให้ได้รับไหลกลับมา แต่ยิ่งใน atrium
ข้างซ้ายสูงขึ้น ผลิตความดันจะสูงขึ้นใน pulmonary artery และย้อนกลับใน ventricle ภาวะดัง
ส่วนปมที่ว่ามี shunt หรือไม่ใน pulmonary artery นั่นก็อาจจะเป็นได้

สำคัญคือ AI ถ้าเกิดจาก rheumatic disease มักจะเป็น AI ชนิดเรื้อรัง ผู้ป่วยควรจะ
มีประวัติของ rheumatic fever อย่างน้อย 9—
10 ปี และมีอาการป่วย ๆ ประกอบกับ ASO
titer เพียง 166 units แล้วจะตัดโรคนี้ออกได้

สำหรับคุณหูดหรือ AI ซึ่งพบได้บ้างแต่
ไม่บ่อยนักได้แก่ Syphilis ส่วนใหญ่ขณะเรี่จะมี
อายุ 35 ปี ขึ้นไป เพราะจะค่อยมีอาการติดต่อเรื่ง
ราวเมื่อ 10—30 ปีก่อน และ 3 ใน 4 ของคนไข้
จะมี VDRL เป็นบางตัวหยุดเห็นจะออกคิวิดนี้

สำคัญที่ AI ชนิดเรื้อรังที่พบบ่อยได้แก่ Bacterial endocarditis ผู้ป่วยรายนี้ก่อนจะ
เวารอยพยาบาลผู้มีไขมันในหลอดเลือด แล้วเกิดอาการหนึ่ง หนึ่ง ที่มีเกิด collapsing pulse ด้วย อาจมีการติดเชื้อซึ่งจะเป็นพวก Staphylococcus aureus หรือแบคทีเรียก่อให้สิ้นหวั่นชีวิตและเกิด AI ขึ้น เภชฐ์ไม่ผลของการหายจากไข้ที่ในระยะเวลา ซึ่งไม่สามารถบอกได้นั่นเอง ซึ่งเลือกโรคไว้อกนับแค่เฉพาะ

สาเหตุอื่น ๆ ของ AI ที่อาจพบได้มีเช่น จาก non-penetrating chest wound ซึ่งไม่พบ

ประวัติในรายนี้ Dissection ของ aorta จะพบ

ในคนอายุมากขึ้นที่มีประวัติความดันโลหิตสูง ผู้ป่วย

รายนี้มีความดันโลหิต 190/0 มม. ปัจจุบัน เจ้าไข้

วันที่ไม่ใช้ความดันโลหิตสูง แต่เปลี่ยนจากการหน้า

สูบดีแลกออกคงมากกว่า (high stroke output)

อีกโรคคือ sinus of Valsalva แตก การที่มีประ

วัตถุนี้อาจอยู่เสียบสัมผัสเข้าไปในวิตถี่ ทำ

ค้านเกิดสิ่งไม่เคยมีอาการเข้าบ้านอยู่แล้ว แต่

มีรายงานของชาวปัตุสิ 1,2 จากการศึกษาผู้ป่วย

ประมาณ 100 รายที่เป็นโรคนี้ พบว่ามีรายหนึ่ง

ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกอย่างที่สุดจนกระทั่งผู้ป่วยอาจ

ไม่รู้สึกหรือเป็นพยาธิการแน่นหนาโดยรวม

ออกแบบที่ส่งเข้ากับผู้ป่วยรายนี้ได้ ภาพพงสิ

ในพวกนี้คุณสมบัติจะมี shuntผิดหน่วย และผล

การตรวจค้นให้พบหวั่นใจไม่แน่นอน อย่างมาก

กับกลับได้แต่ventricle ข้างใด ซึ่งคือโรคเนื้อเยื่อ

ที่ส่งออก Marfan’s syndrome

คนไข้รายนี้มีหลอดเลือดของโรคนี้จึงต้องอกปุ๋ย

เวลาหน้าดีโคลโรคอาจไม่ได้คือ bacterial endocarditis เบื้องต้นที่หนึ่ง และ sinus of Valsalva แตกเป็นอันกับที่สอง (น้ำไปได้ที่

ว่าคนไข้รายนี้เป็น 2 โรค คือมี bacterial endocarditis ไปทำให้ congenital aneurysm ของ sinus of Valsalva แตกและทำให้เจ็บใจที่ต่ำ

ข้างข้างและข้างขวาจนนกแก่แก่กรม ซึ่งทำ

เบื้องต้นก็จะเป็นขนาดที่สองของอาการที่ทางพุงมี

tract แตกเข้าไปจาก coronary artery ข้างขวา

เข้าไป crista supra ventricularis

การวิเคราะห์ทางด้านคลินิก

Bacterial endocarditis
Aneurysm of sinus of Valsalva

น.ว. ประสาน ต่างใจ

ผลการตรวจคลินิกต่ำกว่าผู้ป่วยผู้มีมาก และ

ลักษณะต่างกันว่า เมื่อเปลี่ยนหลอดเลือดตะลิ่น

ป่วยที่เสียกกรมตัว congestive heart failure

คือมีคับคาย มีน้ำในช่องท้อง และข้อบ่งแตกต้อง

ช้าแต่ไม่มากนัก มี pulmonary edema มาก

หัวใจนั่งกล 380 กรัมทั้งตองมาและพ่อมแข็ง

หนักเกินปกติประมาณเจ็ดหนึ่ง หัวใจที่โตคิด

จากที่ dilation และ hypertrophy ผนังของ

ventricle ข้างหน้าน้ำมาก ที่ส่วนค้านของ ascending
aorta มี aneurysm ขนาดประมาณ 0.7 ซม. aorta ที่ส่วนที่ออกจาก aneurysm ไปจนถึงส่วน arch หนาที่มาก intima เป็นเสี้ยว ผิวพื้น ซิรูบพบเนื้อเยื่อใน ใส่ในขอบเขตของหลอดเลือดใหญ่ทั้ง 3 เส้นที่มา ต่อเชนกับบริเวณ arch หน้าที่ให้ส่วนค้นของเส้น เลือดใหญ่เล็กน้อย โดยเฉพาะ subclavian artery ข้างขวามีกับเกิดอุดตัน

ขนาดของ aorta ส่วนที่ออกจาก aneurysm ในกลไก ๆ เหล็กจมนาที่บริเวณที่ arch ส่วน descending aorta ขนาดปกติ intima อกษัตริย์นั้น พäß intima หน้าที่มากกับหน้าแห้ง แยกของ renal artery ที่ส่งซ้ำ อกษัตริย์ที่หน้า เนื้อแข็งเดียวกันกับ arch ซึ่งกล่าวมาแล้ว และพบ ว่ามี infarction ที่เนื้อเดียว สันทรายร่วมกันนี้ใน ผลจากการของ renal artery เก็บลง

ศักยภาพข้างเคียงของ aortic arch ด้านกอ จุดที่น้อยโดยย้าย Masson trichrome พบว่าชน intima คิดตันไม่ชัด อกษัตริย์และ lose มี fibroblast ที่ออกซิแม่ใหม่ ๆ มากที่ให้ intima บางแห่งหนึ่ง 5 เห็นปกติ พบ collagen ในมากกับ ชั้น elastic lamina ถูกทำลายเป็นบาง แหวก ชั้น media คิดเสี่ยงบางแห่งปกติ บางแห่ง ถูกทำลายและมี mononuclear cell แทรกอยู่ ที่ ค้นช่องของชั้น media นี้และในชั้น advantitia มีหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ๆ ที่เป็น enarteritis บางส่วนก็มี fibrosis ในชั้น advantitis และ soft tissue ร่วม ๆ หลอดเลือดเล็ก ๆ เหล่านี้

Pulmonary artery ข้างหนึ่งมี thrombosis ซึ่งก็คือเช่น ๆ ที่ main trunk และขนาดขยาย ใหญ่ชิดกระบอกที่รอยแตกที่ในภาพราง การศึกษาทางกล้องยลทั่วพบกล้าวยอกเข้าลบเนื้อใน aorta ที่กล่าวมาแล้วเกิดเป็นไม่ระแคะก็นักทำ โรงพยาบาลที่พบวิเคราะห์ของปัจจัยของ subclavian ข้างที่

สมองมี hemorrhagic infarction จากขาด เลือดหล่อเลี้ยง เนื่องจากขาดเส้น common carotic และ innominate arteries ดังกล่าว แม้ จะไม่ถูกต้องที่เดียวแต่ก็จะทำให้เลือดไปหล่อ เลือดสมองสองกลไกมากขึ้นที่กล่าวมาที่ความตันเลือดกลไก

การตรวจห้องวัยปุย ๆ พยาบาล เนื่องบัตรรูป ห้องชอง แต่ไม่มี infarction แม้ว่างาน pulmonary thrombosis Pulmonary infarction นั่นมีจะพบต่อเมื่อมีอาการอุดตันเกิดกับปัจจัย brochus ซึ่งลดลงมา ประมาณกับภาวะ hemodynamic insufficiency เรือรู้อยู่ก่อน พบฟ้า อาการยังน้อยหลอดและเนื้อปกติอันดับ ด้วย ดับหนืมเลือดทีมาก กระเพาะบั้งเลือดหัว hemorrhagic cystitis ลักษณะเช่นรายอันอาจพบได้ เมื่อส่วนนี้สามารถขับออกย่อย ๆ

โดยสรุปเป็นว่ารายนี้ ตำแหน่งของอาการเสพ อยู่ที่ aorta และหลอดเลือดแดงเล็ก ๆ คือ
Final anatomical diagnosis

Takayasu’s arteritis, principally involving proximal aorta, pulmonary artery and all great vessels of the aortic arch. Saccular aneurysm of ascending aorta (7.0 cm).

Aneurysm of left sinus of valsalva, mild.
Hypertrophy and dilatation of the heart (380 gms).
Recent thrombi in pulmonary arteries.
Recent infarction of lung, right upper lobe.
Recent infarction of brain, multiple. right hemisphere.
Acute hemorrhagic cystitis.
Acute pulmonary edema and congestion.