

## ผู้ป่วยหญิงสูงอายุมาด้วยปอดอักเสบและเงาหัวใจผิดปกติ

ประดิษฐ์ เจริญลาภ\*

สุกัลยา เลิศล้ำ\*\* ชูศักดิ์ วิรัชชัย\*\*\*

นิตยา สุวรรณเวลา\*\* พงษ์พีระ สุวรรณกุล\*\*\*

**Charoenlap P, Lertlum S, Viratchai C, Suwanwela N, Suwangool P. An elderly female patient with pneumonia and abnormal cardiac shadow. Chula Med J 1991 Mar; 35(3) :169-176**

*An 87 year-old female patient had problems of fever, cough, dyspnea and alternation of consciousness for 4 days. Physical examination revealed consolidation of right lung. Sputum examination and culture revealed gram positive diplococci. She had history of left hemiplegia, three years previous to this admission. Carcinoma of cervix was diagnosed one year prior to this admission without treatment. Chest roentgenogram revealed consolidation of right lung with abnormal right cardiac shadow with curvilinear ring calcification. Clinical diagnosis was pneumococcal pneumonia, cerebral thrombosis, aneurysm of aortic root. Post-mortem diagnosis was sacular aneurysm of ascending aorta. Underlying disease was most likely atherosclerosis. There was carcinoma of cervix with invasion of vagina and bladder and cerebral infarction of left parietal lobe.*

วิทยา ศรีคามา บรรณาธิการ

\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\* ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## การเสนอรายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 87 ปี ภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพฯ เป็นการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งแรก ประวัติจากญาติ เชื่อถือได้

อาการสำคัญที่มาครั้งนี้คือ ไข้ ไอหอบมา 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีไข้ ไม่หนาวสั่น ไอแห้ง ๆ ไม่มีเสมหะ ต่อมา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอมากขึ้น ช่วยตัวเองไม่ได้ พุดน้อยลง ไม่ทานอาหาร จนกระทั่ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอมาก หอบ และซีมลงญาติจึงพามาโรงพยาบาล

## ประวัติอดีต

เมื่อ 3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง แต่พอช่วยตัวเองได้ นั่งเองและตักอาหารทานเองได้ แต่เดินเองไม่ได้

1 ปีก่อน ตกขาขวามาก มีกลิ่นเหม็น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ได้รับการรักษาจนอาการตกขาดีขึ้น แต่ไม่ได้รับการรักษาเพราะเป็นมากและอายุมาก

จากการตรวจร่างกายพบว่าเป็นผู้ป่วยหญิงสูงอายุ มีลักษณะหอบ และซีม ตอบสนองต่อความเจ็บปวดได้ อุณหภูมิ 37.3°ซ ความดันโลหิต 90/60 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว 44 ครั้ง/นาที ซีด ไม่เหลือง พบว่ามีการหดตัวของกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid เวลาหายใจเข้า การตรวจร่างกายทางปอดพบว่า เสียง breath sound ลดลงทั้ง 2 ข้าง ได้ยินเสียง crepitation ที่ปอดข้างขวาและด้านซ้ายล่าง มี paradoxical movement ของท้องในขณะที่หายใจ การตรวจบริเวณ perineum ไม่พบก้อนจากภายนอก ตรวจพบมี left hemiplegia และมี left shoulder dislocation

เมื่อแรกรับผู้ป่วยซีม มีเสมหะมาก เหนียว ไม่ค่อยรู้สึกตัว จึงได้ใส่ endotracheal tube และเครื่องช่วยหายใจ

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

พบว่า มี hemoglobin 9.7 gm% white blood cell 47,000 เซลล์/ลบ.มม. ประกอบด้วย neutrophil 95%, lymphocyte 5%, fasting plasma glucose 101 มก/ดล, BUN 57 มก/ดล, creatinine 1.1 มก/ดล, sodium 138, potassium 4.3, carbon dioxide 20, chloride 92 มิลลิโมล/ลิตร เจาะ arterial blood พบว่ามี pH 7.336, pCO<sub>2</sub> 50 มม. ปรอท pO<sub>2</sub> 73.4 มม.ปรอท

ผลเพาะเชื้อในเลือดไม่ขึ้น ตรวจเสมหะแกรมบวก ชนิด diplococci, เพาะเชื้อจากเสมหะพบ streptococcus pneumoniae

วันที่ 2 ของการรับไว้ในโรงพยาบาล ยังคงใช้เครื่องช่วยหายใจ ตรวจความดันโลหิต 140/80 มม.ปรอท ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, tidal volume 500 ซีซี หายใจ 30 ครั้ง/นาที มี generalized crepitation บริเวณปอดด้านขวา

วันที่ 3 ของการรับไว้ในโรงพยาบาล ไม่มีไข้ หายใจ 24 ครั้ง/นาที ยังใช้เครื่องช่วยหายใจ มีเสมหะมากและเหนียว

วันที่ 4 ของการรับไว้ในโรงพยาบาล หายใจ 29 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มม.ปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.5°ซ ยังคงมีเสมหะมาก อ่อนเพลีย กระสับกระส่ายเป็นพัก ๆ ต่อมาหายใจหอบมากขึ้น และถึงแก่กรรม หลังจากที่อยู่ในโรงพยาบาลได้ 4 วัน

**นพ.ประคิษฐ์ :** ผู้ป่วยรายนี้น่าจะตรงไปตรงมา เพียงแต่ภาพรังสีปอดหัวใจผิดปกติ ผู้ป่วยเคยมีอัมพาตเมื่อ 3 ปีก่อน ซึ่งไม่น่าแปลกใจอะไร เพราะเป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ อัมพาตหัวใจ มะเร็ง ในคราวนี้มาด้วยไข้, ไอ, หอบ ควรจะเป็นโรคปอด หรือหัวใจ ถ้าเป็นโรคปอดนั้นต้องดูว่า ภาพรังสีปอดหรือผิดปกติ ถ้าปกติเป็นโรคของหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจ ภาพรังสีผิดปกติเป็นโรคของเนื้อปอดเอง ขณะรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยหายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เม็ดเลือดขาวสูง มี polymorphonuclear cells สูง ไอมีเสมหะเขียว ย้อมเชื้อมี diplococci ในที่สุดต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และถึงแก่กรรมในวันที่ 4 ปัญหาว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นอะไรบ้าง ในการวินิจฉัยโรคทางปอด ภาพรังสีช่วยได้มาก

### สรุปปัญหาในผู้ป่วยรายนี้คือ

ปัญหาที่ 1 ไข้ ไอ หอบ และภาพรังสีปอดที่ผิดปกติ น่าจะเป็น pneumonia ซึ่งต้องหาเชื้อให้ได้

ปัญหาที่ 2 left hemiplegia

ปัญหาที่ 3 มะเร็งปากมดลูก ใช่หรือไม่ โดยปกติมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ถึงแก่กรรมใน 1-2 ปี ที่ไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิต อาจจะเป็นแค่ cervicitis ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูก

น่าจะมีการกระจายไปทั่วโดยตรง  
และไปที่อื่น

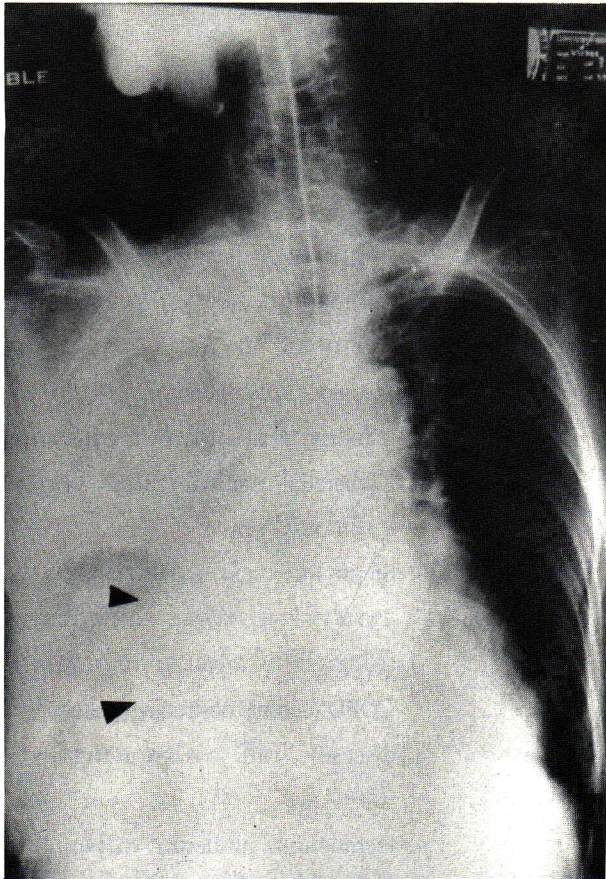


Figure 1. Portable chest x-ray on the admission date.

ปัญหาที่ 4 ความผิดปกติของเงาหัวใจ

**พญ.สุกัลยา :**ฟิล์ม portable (figure 1) ผู้ป่วยขณะที่ใส่ endotracheal tube อยู่ในผู้ป่วยรายนี้ ฟิล์มปอดทาบไปข้างหนึ่งลักษณะเป็น consolidation อยู่ในทั้ง right upper และ right lower lobe นอกจากนั้น right cardiac shadow โป่งออกมาผิดปกติ (หัวลูกศร) ถ้าเทียบกับ left heart border ผู้ป่วยถ่ายทำนอน ถ้าผู้ป่วยมี atherosclerosis หัวใจโตจะเห็นเงาของ left cardiac border ยื่นออกมามาก แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีมาก aortic knob ถึง ascending aorta มี tortousity เล็กน้อย มี calcification อยู่บ้าง เป็นลักษณะของ atherosclerosis ลักษณะ calcification ที่พบนั้นค่อนข้าง

ชิดกับ wall ไม่กว้างมาก ในผู้ป่วยที่มี dissecting aortic aneurysm<sup>(1)</sup> จะมี tortousity มากกว่านี้ และลักษณะ calcification จะอยู่ด้านในต่อเงาของขอบเส้นเลือดมากกว่า 1 ซม. จึงจะมีความหมาย ในผู้ป่วยนี้ที่ right cardiac border มี curvilinear ring calcification ตลอดแนว

**สรุปมี** pulmonary consolidation ในปอดข้างขวาเป็น lobar consolidation สาเหตุที่พบบ่อยคือ pneumococcal pneumonia ในผู้ป่วยรายนี้มีหลักฐานที่สนับสนุนคือ เสมหะพบเชื้อ สาเหตุอื่นที่พบได้ในลักษณะนี้ ในผู้ป่วยเบาหวาน คือ klebsiella ซึ่งส่วนใหญ่อาการดำเนินอย่างรวดเร็ว เกิด necrotizing pneumonia อย่างรวดเร็ว เป็นฝีในปอดได้บ่อย ในผู้ป่วยรายนี้มีภาพรังสีอยู่ภาพเดียวจึงบอกไม่ได้ ส่วนมะเร็งนั้น ลักษณะภาพรังสีไม่เหมือน แต่ผู้ป่วยมีโรคมะเร็งบากมดลูกอยู่ ในกรณีที่มะเร็งบากมดลูกกระจายมาที่ปอด จะเป็นการกระจายแบบ lymphangitis จะเห็นการกระจายเป็น reticular pattern ในรายนี้ไม่เหมือน

นอกจากนั้นพบมี atherosclerosis และมีการโป่งของขอบหัวใจข้างขวา และมี calcification สาเหตุแยกเป็น 2 กลุ่มคือเป็นส่วนของหัวใจ และไม่ใชส่วนของหัวใจ ส่วนของหัวใจ คือ atrium ข้างขวา หรือส่วนหัวใจอื่นโต เช่น ventricle ข้างขวาหรือซ้าย ดัน atrium ข้างขวาออกไป ตำแหน่งใกล้เคียงกัน บริเวณ aortic root ได้แก่ aneurysm โตดันออกมา<sup>(2)</sup> เช่น aneurysm ของซิฟิลิส, Marfan's syndrome ตัว aneurysm เองอาจจะใหญ่ขึ้นมาเอง หรือดันหัวใจ ช่องอื่นในผู้ป่วยรายนี้มี calcified บริเวณขอบด้วย ดังนั้นจึงไม่น่าใช่ตัว atrium ข้างขวาเอง เพราะไม่น่ามี calcified right atrium ส่วนหัวใจ ventricle ข้างขวาที่จะโตดันไปมาก ๆ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ขอบหัวใจข้างซ้ายจึงไม่นึกถึง ส่วน left atrium ที่โตมาก อาจโตออกไปได้ และ อาจมี cal-

cified ได้ หรือแม้แต่ aneurysm ของตัว aortic valve เอง calcification ของ left atrial myxoma จะเป็นแบบกระจาย (mottle) ไม่ใช่แบบนี้ การพบ rim calcified นี้ ทำให้นึกถึงตัวช่องหัวใจเองหรือ aorta

ถ้าไม่ใช่หัวใจ อาจเป็น pericardial cyst หรือ tumor ภาพรังสี ส่วนใหญ่ เป็นก้อนเล็ก ๆ เป็น right cardiophrenic mass หรือ anterior mediastinal mass ที่มี calcified เช่น teratoma, dermoid ส่วน thymoma ไม่มี calcified

ฉะนั้น ภาพรังสีถ้าเป็นจากหัวใจเป็นช่องหัวใจโต เช่น atrium ข้างขวา หรือซ้าย ซึ่งน่าจะเป็นช่องซ้ายมากกว่า หรือเป็น aneurysm ของ aorta บริเวณ aortic root เรียกว่า annuloaortic ectasia ซึ่งเป็น aneurysm บริเวณ aortic valve อาจพบร่วมกับ aortic regurgitation พบในผู้ป่วย Marfan's syndrome, ซิฟิลิส, cystic necrosis ในผู้ป่วย atherosclerotic เอง หรือความดันโลหิตสูง พบได้บ้างแต่น้อย ในภาพรังสีนี้ค่อนข้างจะชัดเจนว่า aortic root โป่งออกมา

**นพ.กัมมันต์ :** เป็นการติดเชื้อได้ไหม

**พญ.สุกัลยา :** ถ้าเป็นการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ ส่วนใหญ่จะเป็นทั่วไป พวกมี calcified ส่วนใหญ่จะเป็นวัณโรคหัวใจจะไม่โต เนื่องจากเป็น constrictive pericarditis

**นพ.ประคิษฐ์ :** ช่วยกรุณาเลือกการวินิจฉัยมา 1 อย่าง คงไม่ใช่ teratoma หรือ dermoid เพราะเป็น ผู้ป่วยสูงอายุ จะเป็น aneurysm หรือ pericardial cyst

**พญ.สุกัลยา :** นึกถึง aneurysm มากที่สุด

**นพ.ประคิษฐ์ :** ปัญหาไข้ ไอหอบ ภาพรังสีมีลักษณะเป็น lobar consolidation ควรจะเป็น pneumonia การวินิจฉัยโรคอื่นนึกถึงน้อย เช่น

1. วัณโรคชนิด primary ลักษณะเหมือนปอดอักเสบ ผู้ป่วยจะไม่เจ็บป่วยมาก ไม่ซึม และมักเกิดในเด็ก ถ้าภาพรังสีเป็น pneumonia ร่วมกับต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอดโต บอกได้เลยว่าเป็นวัณโรค ใน

ผู้ใหญ่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ภาพรังสีเหมือน pneumonia ทุกอย่าง คนไข้ไม่เป็นมาก ภาพรังสีหายได้ช้า บางรายนานถึง 6 เดือน ในผู้ป่วยรายนี้เกิดค่อนข้างเร็ว จึงไม่นึกถึงวัณโรค

2. ในกรณีที่ เป็น emboli จากเนื้องอกหรืออย่างอื่น ๆ ควรจะพบ 2 ข้าง ภาพรังสีทรวงอกควรเป็นแบบ diffuse pattern สรุปลงในปอดเป็น pneumonia แน่ ๆ เชื้อที่พบบ่อยมี 3-4 เชื้อ ที่เป็นมาจากนอกโรงพยาบาล<sup>(3-8)</sup>

1. Streptococcus pneumoniae ในผู้ป่วยสูงอายุพบได้เป็นอันดับแรกเช่นกัน
2. Klebsiella คนปกติพบน้อย แต่เพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ
3. Staphylococcus พบได้จากรายงานวารสารต่างประเทศ พบบ่อยขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค COPD (chronic obstructive pulmonary disease) แต่ที่ รพ.จุฬาลงกรณ์พบน้อยมาก

4. Hemophilus influenza พบได้น้อย สาเหตุเป็นได้มากที่สุด มี 2 ตัวคือ Streptococcus pneumoniae กับ Klebsiella ลักษณะ Klebsiella เสมหะค่อนข้างเหนียว ลักษณะเฉพาะเป็นวันเหนียว ในผู้ป่วยรายนี้บอกได้ว่าเสมหะเหนียวอย่างเดียว การวินิจฉัยแยกโรคที่ดีที่สุดคือ เสมหะ ถ้าเสมหะที่เก็บได้พอเชื่อถือได้ การรักษาให้ตามเสมหะที่ตรวจได้ในรายนี้เสมหะพบแกรมบวก diplococci การเพาะเชื้อขึ้น Streptococcus pneumoniae ควรจะเป็น Streptococcus pneumoniae และอาการมากจึงถึงแก่กรรม ปัญหาที่ 2 left hemiplegia คงจะเป็นจาก cerebral thrombosis

ปัญหาที่ 3 มะเร็งปากมดลูก ประวัติบอกว่ามีแน่ ๆ จากการดำเนินโรคไม่เหมือนไม่ได้รับการดูแล มีตกขาวมาก เนื่องจากที่หายไปได้คงเป็นไปได้อย่าง

ปัญหาที่ 4 right cardiac shadow ส่วน



ของหัวใจที่ผิดปกตินั้น น่าจะเป็น aneurysm เนื่องจากมี calcified บริเวณขอบ ส่วน pericardial cyst นั้นพบน้อยมาก พบโดยบังเอิญ

**สรุป** ผู้ป่วยรายนี้ตายจาก pneumonia เชื้อเป็น streptococcus pneumoniae ส่วนของหัวใจที่ผิดปกตินั้น น่าจะเป็น aneurysm

**พญ.นิตยา** : จากภาพรังสีตำแหน่ง aneurysm ไม่ใช่ descending aorta เนื่องจากยังเห็นขอบของ descending aorta ชัดเจน ก่อนค่อนไปทางด้านขวา ควรนึกถึง aortic root เงามของ carina กางออก อะไรที่อยู่ใต้ carina แล้วโตขึ้น มีการยกขึ้นสูงของ bronchus ทั้ง 2 ข้าง ที่พบบ่อยคือ หัวใจ atrium ข้างซ้ายหรือ aortic root ฉะนั้นตำแหน่งนี้จะให้ลักษณะเหมือนหัวใจ atrium ข้างซ้าย

**นพ.พงษ์พีระ** : aneurysm ส่วนใหญ่เป็นที่ ascending aorta พบมากกว่า descending aorta เป็นสัดส่วน 5-6 ต่อ 1

**นพ.ชูศักดิ์** : ผลการตรวจศพผู้ป่วยพบพยาธิสภาพหลายอย่างดังนี้

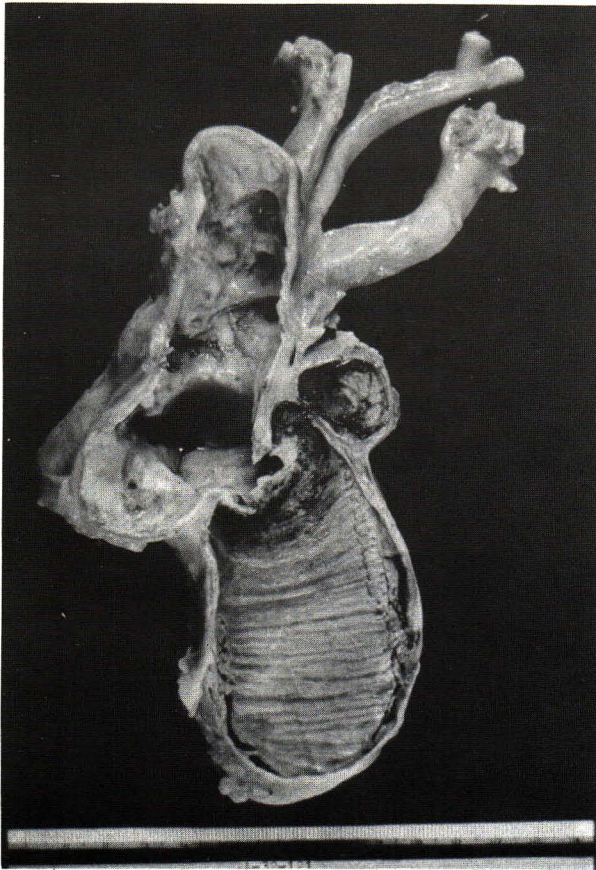
ปอดขวาหนัก 1250 กรัม ลักษณะ firm และมี fibrin บาง ๆ เคลือบอยู่ตาม pleura บางแห่งพื้นหน้าตัดเห็นบริเวณขาวปนเทา และมีจุดหนองทั่ว ๆ ไป (figure 2) ร่วมกับลักษณะพรุณเหมือนฟองน้ำ ซึ่งเป็นลักษณะของ emphysema ปอดซ้ายหนัก 370 กรัม lower lobe แพบเล็กน้อย พื้นหน้าตัดเป็นลักษณะของ emphysema ชัดเจน ไม่มีน้ำในช่องปอดทั้งสองข้าง เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์พบว่า ปอดขวามีลักษณะของ acute bronchitis, bronchopneumonia อย่างมาก ร่วมกับ multiple abscesses และ emphysema นอกจากนี้ยังพบ fibro caseous granulomas ใน section จากบริเวณ apex ของปอดขวา ปอดซ้ายมีลักษณะ emphysema และมีการอักเสบเป็นหย่อม ๆ ไม่มากนัก



Figure 2. Gross pathological specimen of right lung revealed emphysema, bronchopneumonia with abscesses.



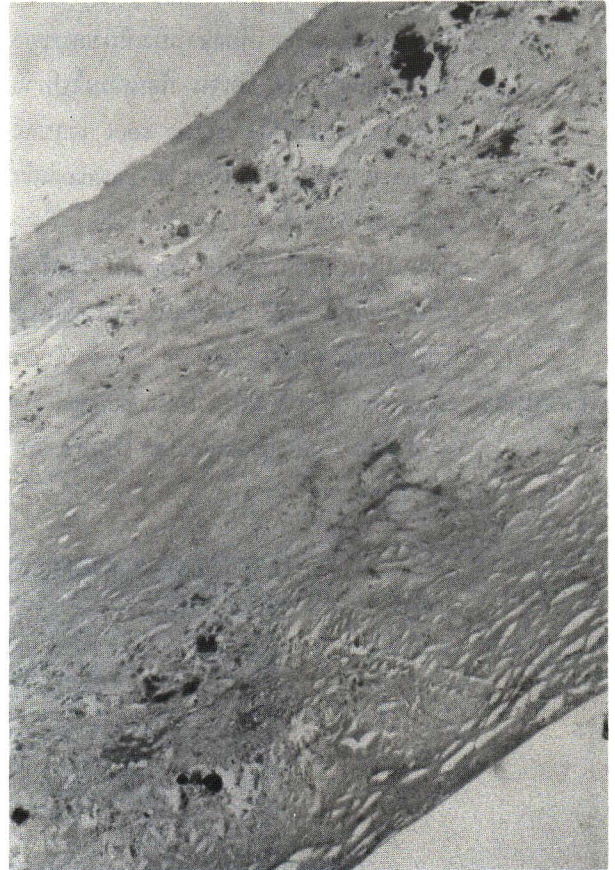
หัวใจหนัก 300 กรัม ผนัง ventricle ข้างซ้ายหนา 1.6 ซม. พบ ascending aorta มี aneurysm 2 อัน ติดกันขนาด 6×4 ซม. และ 2×2 ซม. (figure 3) ผนังของ aneurysms เป็นลักษณะของ arteriosclerosis ร่วมกับ calcification ใน aneurysm มี thrombus



**Figure 3.** Gross pathological specimen revealed two saccular aneurysms of ascending aorta with thrombus formation.

มดลูก พบว่า cervix หายไป ถูกแทนที่ด้วย infiltrative lesion สีขาว ซึ่งเป็นลักษณะของมะเร็ง และมะเร็งยังลามไปที่ส่วนล่างของมดลูก ส่วนบนของผนังช่องคลอดและผนังของกระเพาะปัสสาวะด้าน posterior ที่ติดกับช่องคลอด (figure 5) ลักษณะทางกล้องจุลทรรศน์พบว่าเป็นมะเร็งชนิด moderately differentiated squamous cell carcinoma

เกือบเต็ม cavity พื้นหน้าตัดของ thrombus เป็นชั้น ๆ เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบว่าผนังของ aneurysm เป็นลักษณะของ atherosclerosis ร่วมกับ calcification (figure 4) กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะ hypertrophy เล็กน้อย



**Figure 4.** Microscopic examination (H & E × 100) of aneurysm revealed atherosclerosis and calcification.

สมองหนัก 1160 กรัม ทำ brain cutting พบมีปริมาณ infarction ขนาด 2×3 ซม. อยู่ที่ parietal lobe ด้านขวา ซึ่งดูด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นลักษณะของ encephalomalacia ตับหนัก 1040 กรัม ดูทางกล้องจุลทรรศน์พบ chronic passive congestion ร่วมกับ focal necrosis เป็นหย่อม ๆ





**Figure 5.** Gross pathological specimen of cervix, uterus, vagina and urinary bladder revealed infiltrative lesions of squamous cell carcinoma.

สรุป ผู้ป่วยเป็นโรค arteriosclerosis พบมี saccular aneurysms ของ ascending aorta<sup>(9)</sup> และเกิด infarction ของสมองส่วน parietal lobe ข้างขวา ทำให้มีอาการของ hemiplegia ด้านซ้าย และผู้ป่วยมี emphysema ร่วมกับ tuberculosis ที่ apex ของปอดขวา และยังมี squamous cell carcinoma ของ cervix สุดท้ายผู้ป่วยเกิดเป็น bronchopneumonia ร่วมกับ abscesses เป็นมากที่ปอดขวา ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม การเพาะเชื้อจากปอดขวาหลังตาย ไม่พบมีเชื้อ การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยามีดังนี้

#### Final anatomical diagnosis

##### Primary

- Arteriosclerosis of aorta, marked
- Saccular aneurysms of ascending aorta, 6×4 cm. and 2×2 cm.
- Mural thrombus in aortic aneurysms
- Old encephalomalacia, right parietal, 3×2 cm.
- Emphysematous lung
- Hypertrophy of heart, mild
- Squamous cell carcinoma of cervix, with invasion of lower part of uterus, upper part of vagina and posterior wall of urinary bladder
- Chronic and acute bronchitis
- Bronchopneumonia with abscesses, right lung, marked; left lung, mild.

- Acute fibrinous pleuritis, right
  - Focal necrosis of liver
  - Granular cell degeneration of cerebellum
- #### Accessory

- Fibrocaceous granulomas of lung, right apex, and lymph node, tracheobronchial
- Simple cyst of kidney, left, 3 cm. in diameter
- Chronic cystitis, mild
- Chronic pyelonephritis, focal, bilateral

นพ.พงษ์พีระ : Dissecting aneurysm ของ aorta พบได้บ่อยกว่า nondissecting aneurysm จากการตรวจศพ ระหว่าง ปี 2511-2525 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์<sup>(10)</sup> พบ dissecting aneurysm 20 ราย และ nondissecting aortic aneurysm จำนวน 17 ราย สำหรับผู้ป่วยรายนี้บอกได้ชัดว่าไม่ใช่ ชิฟิลิส เนื่องจากว่า ประการแรก ไม่ปรากฏเยื่อพังผืด (fibrosis) ในบริเวณ adventitia ชัดเจน เนื่องจากใน ชิฟิลิส มีเซลล์อักเสบเรื้อรัง โดยเฉพาะพลาสมาเซลล์แทรกแซงบริเวณ vasa vasorum มาก ประการที่สอง calcification มักปรากฏได้บ่อยกว่าใน atherosclerotic aneurysm และประการที่สาม พบมี aneurysm อัน

เล็ก ๆ ร่วมด้วย ซึ่งมักพบได้ใน atherosclerosis เช่นกัน ประการสุดท้าย ไม่พบพยาธิสภาพบริเวณลิ้นหัวใจ ซึ่งมักปรากฏในผู้ป่วยซิฟิลิส และทำให้เกิดลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (aortic regurgitation) นอกจากนี้ intimal tree barking ซึ่งเป็น พยาธิสภาพเด่นชัดของซิฟิลิสนั้นไม่ปรากฏในผู้ป่วยรายนี้

**พญ.นิตยา** : aneurysm นั้นขยายไปถึง sinus หรือไม่

**นพ.พงษ์พีระ** : ไม่ถึง

**พญ.นิตยา** : สรุปว่า aneurysm เป็นของ aortic root โดยแท้ ไม่พบมีใน aortic valve ไม่มี aortic

insufficiency ไม่ทราบว่าจะมี atherosclerosis บริเวณ descending aorta ด้วยหรือไม่

**นพ.พงษ์พีระ** : มีจำนวนเล็กน้อย

**พญ.นิตยา** : ถ้า review วารสารทางรังสีวิทยา<sup>(2)</sup> บอกว่า aortic aneurysm ซึ่งมีสาเหตุจากซิฟิลิส ส่วนใหญ่จะมีลักษณะเป็น saccular aneurysm และพบมี calcification ที่ wall ของ aneurysm ถึง 40%

**นพ.ประสิทธิ์** : เรื่องมะเร็งปากมดลูก จากประวัติคงไม่ได้ตรวจภายใน จึงบอกว่าไม่พบก้อน ส่วน pneumonia นั้น ไม่มีไข้ได้ ถ้าไข้ไม่ขึ้นเม็ดเลือดขาวต่ำนั้น การพยากรณ์โรคไม่ดี

## อ้างอิง

1. Demos TC, Posniak HV, Marsan RE. CT of aortic dissection. Semin Roentgenol 1989 Jan; 24(1): 22-37
2. Posniak HV, Demos TC, Marsan RE. Computed tomography of the normal aorta and thoracic aneurysms. Semin Roentgenol 1989 Jan; 24(1): 7-21
3. วิศิษฐ์ อุดมพาณิชย์, ประสิทธิ์ เจริญลาภ, ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล. ปอดบวมที่เป็นมาจากบ้าน : ประสบการณ์ 1 ปี ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. การวิเคราะห์ย้อนหลังผู้ป่วย 153 ราย. วารสารโรคและโรคทรวงอก 2530 ตุลาคม-ธันวาคม; 8(21): 155-62
4. สมชัย บวรกิตติ, รัสสรค์ บุษปาคม, บรรณารักษ์. ตำราโรคติดเชื้อระบบหายใจ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2531.
5. Barrlett JG. Diagnosis of bacterial infection of lung. Clin Chest Med 1987 Mar; 8(1): 118-34
6. Laforce FM. A practical approach to common pneumonias. Med Times 1978 Jan; 106(1): 21-6
7. Mandell GL. Managing patients with community-acquired pneumonia. Med Times 1981 Mar; 109(3): 36-45
8. Niederman MS. Respiratory infection. Clin Chest Med 1987 Jun; 8(2): 340-556
9. Klima T, Spjut HJ, Coelho A, Gray AG, Wukasz DC, Reul GJ Jr, Cooley DA. The morphology of ascending aortic aneurysms. Hum Pathol 1983 Sep; 14(9): 810-7
10. พงษ์พีระ สุวรรณกุล. พยาธิวิทยาหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. 285-8