

1-1-1978

อภิปรายพยาธิร่วมคลินิก เลือดท่วมขอดและไอเย็นเลือด

สมศักดิ์ วรธนะภัก

ประยูร สุคนธมาน

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

วรธนะภัก, สมศักดิ์ and สุคนธมาน, ประยูร (1978) "อภิปรายพยาธิร่วมคลินิก เลือดท่วมขอดและไอเย็นเลือด," *Chulalongkorn Medical Journal*. Vol. 22: Iss. 1, Article 9.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.22.1.8>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol22/iss1/9>

This Review Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

อภิปรายพยาธิร่วมนคลินิค เลือดท่วมขอดและไอเป็นเลือด

อภิปรายพยาธิร่วมคลินิก เลือดท่วมปอดและไอเป็นเลือด

สมศักดิ์ วรรณะภักดิ์*
ประยูร สุคนธมาน**

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี อาชีพรับจ้าง บ้านอยู่จังหวัดสุพรรณบุรี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าไอเป็นเลือด 3 วัน

ผู้ป่วยปกติสบายดีมาตลอด จนกระทั่งเมื่อ 5-6 วันก่อน มีอาการหอบขึ้นทันที นอนตะแคงขวาไม่ได้ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลตื่นขึ้นตอนตีสี่ เพราะแสบหน้าอก และไอเป็นเลือดสด 2 กระป๋องนม จึงเดินทางเข้ามารักษาตัวในกรุงเทพฯ หนึ่งวันต่อมาไอเป็นเลือดสดอีก 2 กระป๋องนม คืนวันก่อนเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลราวตีหนึ่งไอเป็นเลือดสดอีก 1 ครั้ง ราว 2 กระป๋องนม

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต 10 ปีก่อนเคยเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากปวดศีรษะมากและไม่รู้สึกตัว แพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง หลังจากกลับบ้านไม่นานก็เลิกกินยา เมื่อ 5-6 เดือนที่แล้วเจ็บแฉะยอกอก และถ่ายอุจจาระดำหลายครั้ง

ประวัติส่วนตัว สูบยาเส้นวันละ 18-20 มวน ตั้งแต่หนุ่ม ไม่ดื่มสุรา กินยาแก้ปวดศีรษะนานๆ ครั้ง ตรวจร่างกายแรกพบ ผู้ป่วยซีด ไม่กระวน

กระวาย ความดันโลหิต 190/130 มม.ปรอท ชีพจร 115/นาที หายใจ 20/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37°C เสียงหัวใจปกติ ปอดซ้ายทึบปอดกลั้นและมี fluid อยู่ในช่องขอด ตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติของระบบอื่น

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 27% เม็ดเลือดขาว 3000/ลูกบาศก์ มม. Neutrophils 86% eosinophils 1% lymphocytes 14% บั๊ตลาระอุจจาระปกติ EKG-compatible with subendocardial ischemia or infarction

ภาพรังสีปอดพบมี fluid ในช่องปอดด้านซ้ายจำนวนมาก

การรักษาและการดำเนินโรค เมื่อแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยซีดมากได้ให้เลือด 2 หน่วย เจาะปอดได้เลือด 3.0 มล. ทำ pleural biopsy ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็น focal chronic inflammation วันที่ 7 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเกิดอาการไข้สูง 39°C ท้องเดิน ให้การรักษาด้วย thalazole ไข้ลดลง อาการท้องเดินหายไป แต่ยังมีไข้ต่ำ

*แผนกสัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
**แผนกพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 160-190/80-110 มม.ปรอท ตรวจ CBC หลังการเจาะปอดและให้เลือดอีก 3 ครั้ง ผล Hct อยู่ระหว่าง 24-27% เม็ดเลือดขาว 7500-9500/cu.mm ถ่ายภาพรังสีปอดซ้ำอีก 3 ครั้ง ในวันที่ 2 ที่ 5 และ 21 ที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลยังพบมี fluid ในช่องปอดด้านซ้ายจำนวนมาก ผลการทำ pleural biopsy ครั้งที่สองคงเหมือนครั้งแรก การทำ bronchoscope ไม่พบตำแหน่งเลือดออก แต่พบว่า main bronchus ซ้ายถูกกดจากด้านนอก ตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค 3 ครั้งไม่พบเชื้อ ทำ tuberculin test ให้ผลบวกขนาด 13 มม. เนื่องจาก tuberculin test ให้ผลบวก จึงให้การรักษาคด้วย INH PAS และ streptomycin ตั้งแต่วันที่ 20 ของการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ระหว่างวันที่ 26-35 ของการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไอเป็นเลือดสดอีก 2-3 ครั้งครั้งละราว 300-800 มล. คนไข้มีไข้ต่ำๆ ความดันสูงเหมือนเดิม ชีพจรเร็ว และ Hct ไม่สูงขึ้นวันที่ 38 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลเวลาตีห้าผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ไอเป็นเลือดสดๆ อีกราว 600 มล. ความดันโลหิตตก และถึงแก่กรรมในที่สุด

การวินิจฉัยทางคลินิก มะเร็งของปอด

พ. สมศักดิ์

ผู้ป่วยรายนี้สรุปว่ามีอาการหอบโดยกะทันหันก่อนมาโรงพยาบาล 2-3 วัน มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญว่าไอเป็นเลือด ตรวจร่างกายพบ

ว่ามี fluid อยู่ในปอดข้างซ้ายอยู่โรงพยาบาลเดือนเศษจึงถึงแก่กรรมลง ไอเป็นเลือดอีกหลายครั้ง ขอดู Chest x-rays ก่อน

พ. วิรุฬ

ฟิล์มนี้ถ่ายก่อนตายประมาณ 40 วัน สังเกตพบทาง x-rays ที่เห็นคือปอดขวาค่อนข้าง clear มี fluid curve หลอดลมถูกดันมาทางขวา

fluid ในช่องปอดนี้ไม่เป็น curve ที่เรียบสวยแต่ค่อนข้างชัน ที่ชันแบบนี้อาจเป็นที่ปอดหนอง ที่มีความเข้มข้นมาก ส่วนต่อมน้ำเหลือง main bronchus ซ้ายไม่เห็นเงาหัวใจเห็นเฉพาะด้านขวา

อีกวันวันต่อมา fluid เพิ่มขึ้นเร็ว

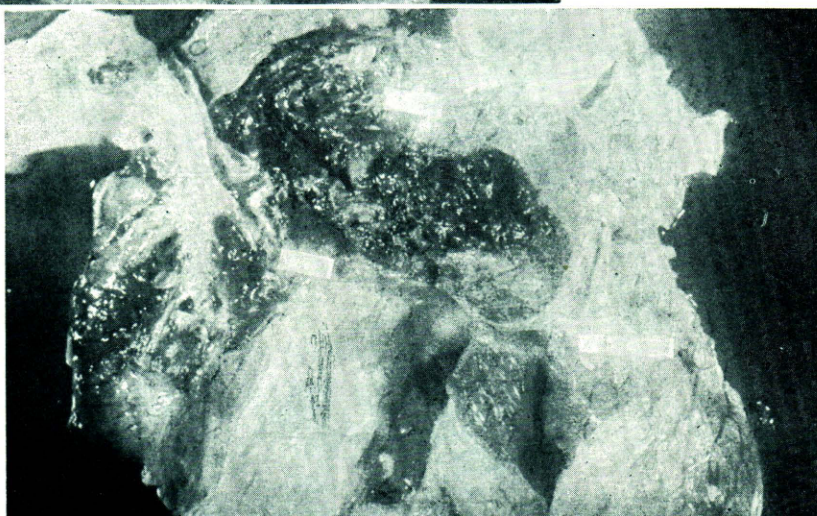
อีก 2 สัปดาห์ต่อมา fluid ยังอยู่ลักษณะเดิม fluid curve ยังบ่งว่าเป็นเลือดหรือหนอง

อีก 2-3 สัปดาห์ต่อมาหลอดลมยังคงถูกดันมาทางขวา ทั้งหมดที่สำคัญคือมี pleural effusion ทางด้านซ้าย สาเหตุนี้เนื่องจากเยื่อหุ้มปอดเนื่องจากหัวใจ ปอด aorta อะไรก็ได้ที่อยู่ทาง left dome ของ diaphragm หรือในช่องท้องก็ได้ซึ่งไม่ชี้เฉพาะ จะเห็นว่าหลอดลมและ main bronchus ซ้ายเปิดดีแบ่งเป็น branch ชัดดี ดังนั้นโรคที่เกิดขึ้นไม่น่ามาจากปอด ยกเว้นแต่จากเนื้อปอดรอบนอกจริงๆ มะเร็งก็อาจเป็นไปได้แต่ไม่น่าจะใช่ เห็นกระดูกซี่โครง กระดูกสันหลังทุกอันไม่มีรอยก่อมน มีเงาประหลาดไม่ทราบว่าเป็น aneurysm หรือเปล่า ลมในกระเพาะปกติ



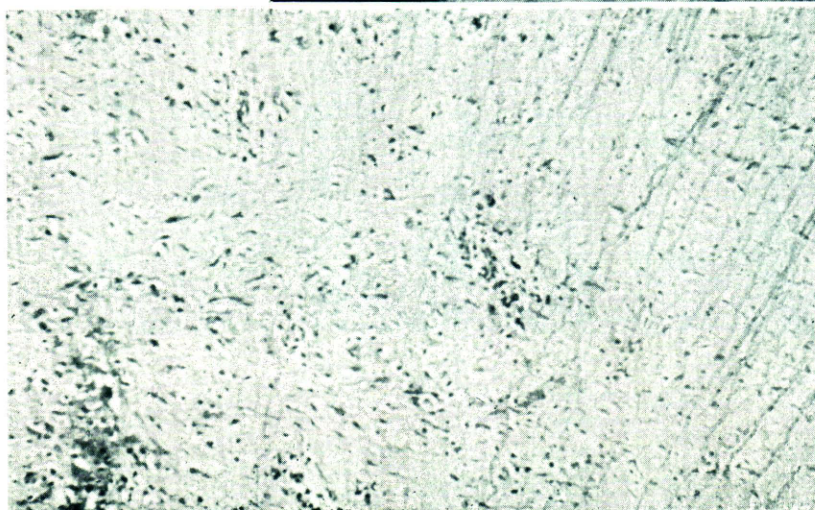
รูปที่ 1

Opening of aortic aneurysm



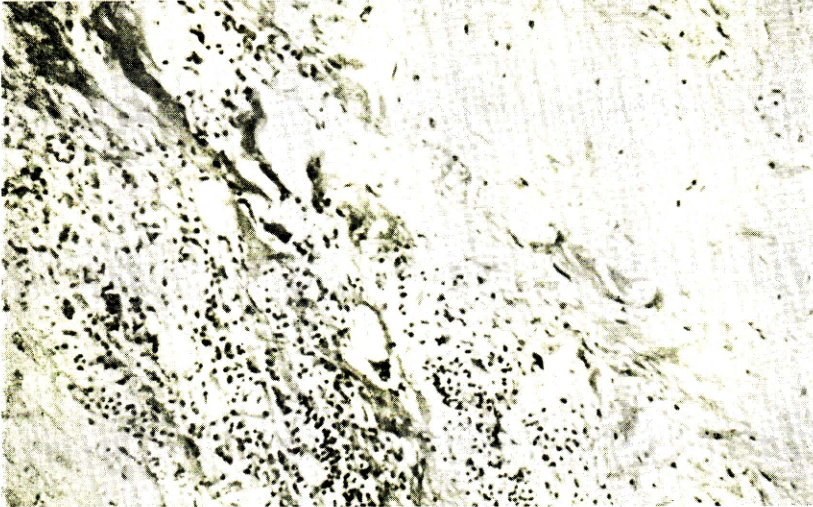
รูปที่ 2

Sectioning through the aortic aneurysm showing rupture into left lung and bronchi



รูปที่ 3

Destruction of tunica media with perivascular cuffing (H + E $\times$ 100)

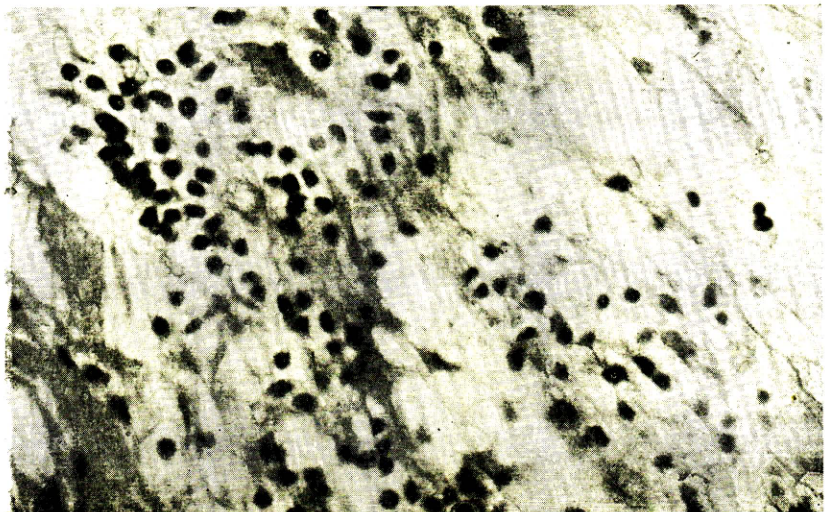


รูปที่ 4

Perivascular infiltration of vasculature in tunica adventitia (H.E. × 100)

รูปที่ 5

Lymphocyte and Plasma cells perivascular cuffing in adventitia of aorta (H.E. × 400)



อยู่ทางด้านในแต่สูงหน่อย ทำให้นึกถึงโรคอีกหลายอย่าง

สรุปสิ่งตรวจพบมี pleural effusion central bronchial tree อยู่ในเกณฑ์ปกติ น่าจะนึกถึงโรคของเยื่อหุ้มปอด ส่วน branchiogenic carcinoma ถ้าเป็นก็เป็น periphery type ที่เยื่อหุ้มปอดโดยในปอดไม่เปลี่ยนแปลงก็เป็นได้ แต่ภาพถ่ายรังสีปอดนี้ไม่น่าที่จะเป็น TB กระเพาะถูกมองลึกลงคิดว่า aneurysm แตกในช่องปอดก็ได้

พ. สมศักดิ์

คิดว่า aneurysm เป็นไปได้อันหนึ่ง และ intrathoracic mass เป็นอีกอันหนึ่งใช่ไหม

พ. วิรุฬ

เป็นได้ peripheral tumor หรือมีพยาธิสภาพที่เยื่อหุ้มปอดแต่แรกเริ่มหรือลุกลามมาจากที่อื่นก็ได้

พ. สมศักดิ์

เป็นได้ dissecting aneurysm ได้หรือไม่ lesion ได้กระทั่งลมได้ไหม

พ. วิรุฬ

เป็นไปได้ แต่พยานหลักฐานบอกได้แค่ตัวเองพูดมากกว่านี้ไม่ได้

พ. สมศักดิ์

ผู้ป่วยรายนี้เริ่มต้นด้วยอาการกระั่นั่นนอนตะแคงขวาไม่ได้ มีได้หลายอย่าง อาการค่อนข้างเฉียบพลันอาจมี pneumothorax นำมา

ก่อน แต่ไม่เข้ากับภาพถ่ายรังสีทรวงอกเพราะฉะนั้นก็น่านึกถึง เพราะเร็วเกินไปที่ลมถูกดูดซึมไปหมด การที่นอนตะแคงขวาไม่ได้คงมีอะไรไปกดปอดกับ mediastinum ถ้านอนตะแคงขวา space occupying lesion ในทรวงอกด้านซ้ายโดยน้ำหนักถ่วงจะกดปอดข้างขวาหรือ mediastinum ทำให้ทนนั่งไม่ได้ อันนี้แน่ๆคงมีความกดดันใน left hemithorax ไปกดระบบหัวใจหรือระบบหายใจ ทำให้นอนท่านั้นไม่ได้

จาก x-rays และการเจาะช่องปอดด้านซ้ายได้เลือด เป็นไปได้ใหม่ว่ามีน้ำในช่องปอดอยู่ก่อนแล้วมีเลือดออกเข้าไปในนั้น ทำให้มีอาการหายใจหอบขึ้นอย่างปัจจุบันทำให้นอนตะแคงขวาไม่ได้ทำให้นึกถึง TB. น้อย เพราะ TB. ส่วนใหญ่เป็น pleural effusion ลักษณะเป็น straw colour fluid ไม่เป็น bloody effusion หรือ flank blood อย่างนี้

คนไข้ไอเป็นเลือดมากหลายครั้งก่อนมาโรงพยาบาลจนถึงแก่กรรม x-rays ปอดและ bronchoscope ไม่เห็นที่มาของเลือด ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค ทำให้นึกถึง TB. น้อยลงไปคือมีอะไรที่ไม่ค่อยเหมือนอยู่หลายอย่าง ทั้งอาการ การตรวจพบ และการดำเนินโรค

ทำ bronchoscopy 2 ครั้ง ครั้งแรกเห็น pressure effect ที่ main bronchus ซ้าย ข้างนอกไม่เห็นจุดเลือดออกใน bronchial trees แต่การที่ไม่เห็นจุดเลือดออกไม่ได้บอกว่าไม่มีเลือดจาก bronchial trees เพราะการทำ broncho-

scopy จะทำในขณะที่คนไข้หยุด bleed ทำให้ไม่เห็นตำแหน่งที่เลือดออกแม้แต่ใช้ flexible bronchoscope เห็น bronchial trees ค่อนข้างละเอียดถึงเนื้อปอดรอบนอก อาจไม่เห็นจุดเลือดออกได้เช่นกัน

เป็นเนื้องอกได้หรือเปล่า ยังตัดออกไปไม่ได้ ถึงจะไม่มีอาการแสดงของโรคมะเร็งหรือมีแต่น้อยมาก ก็ไม่สามารถแยกโรคมะเร็งของปอดออกไปได้ ถ้าเป็นโรคนี้ออกมากถึงมีเลือดออกเข้าไปในช่องปอดไอเป็นเลือดมากๆ ก็ค่อนข้างจะชอบกลอยู่เหมือนกัน เพราะคนไข้ น่าจะมีการแสดงอื่นๆ มากกว่านี้

การทำ pleural biopsy 2 ครั้งโดยใช้เข็มผลออกมาเป็น focal chronic inflammation จริงๆ แล้วไม่สามารถตัดโรค metastatic malignant tumor ออกไปได้ เพราะอาจ biopsy ตรงที่ไม่ใช่เป็นโรคก็ได้

ประวัติในอดีตที่ว่า 5-6 เดือนก่อนมีเจ็บบริเวณยอดอกและถ่ายอุจจาระดำ เฉพาะอาการแค่นี้ไม่มีรายละเอียด การแยกโรคที่ต้องนึกถึงหลายอย่าง คนไข้อาจมีผล peptic และมีเลือดออกแล้วหายไป หรืออาจมีเลือดออกในกระเพาะอาหารจากยาแก้ปวดหรือจากแผลเป็นต้น แล้วหายไป ส่วนจะมีเลือดออกจากเส้นเลือดพองในหลอดอาหารหรือเป็นโรคเนื้องอกโดยเฉพาะมะเร็งของกระเพาะอาหารน่าตัดออกไปได้ เพราะถ้ามีอาการมากถึงกับเลือดออกในหลายๆ ที่ และน่าจะมีการแสดงมากกว่านี้ เช่น ถ้าเลือดออก

จากเส้นเลือดพองในหลอดอาหารก็น่าจะพบมี liver stigmata ตับโต มีเส้นเลือดพองให้เห็นที่ผิวหนัง พวกนี้น่าจะตัดออกไปได้

ประวัติ 10 ปีก่อน เคยเข้ารักษาโรงพยาบาลอื่น ด้วยเรื่องปวดศีรษะไม่รู้สีกตัว รักษาดีขึ้น แพทย์บอกว่าเป็นความดันโลหิตสูง ดูตามนี้คงไม่มีอาการทางสมองหรืออัมพาต พอดีขึ้นไม่มีความผิดปกติของระบบประสาท คนไข้อาจมีความดันโลหิตสูงมาก มีความดันในกระโหลกศีรษะสูง เกิดมีอาการของ hypertensive encephalopathy ไม่รู้ตัว หรืออาจมีเลือดออกแถว brain stem ที่ midline จึงไม่มี neurological deficit

การตรวจร่างกาย ความดันโลหิต 190/130 มม.ปรอท แสดงว่ามีความดันโลหิตสูงค่อนข้างมาก หัวใจดูตามผลของการตรวจร่างกายลงไม่โต หรือโตไม่มาก EKG เข้าได้กับ subendocardial ischemia or infarction ที่อ่านอย่างนี้อาจมี ischemia หรือ infarction เก่าหรือใหม่ไม่ทราบหรืออาจไม่มี infarction ก็ได้

อาจจะเคยมี infarction เกิดเป็นแผลเป็น เกิด aneurysm ของ ventricle ต่อมาเกิดแตกเข้าช่องปอด แต่ผู้ป่วยน่าจะตายกระทันหัน

การที่คนไข้มีผล tuberculin test บวก 13 มม. บอกแต่ว่ามีภูมิต้านทานหรือมีปฏิกิริยาต่อ tuberculinoprotein ไม่จำเป็นต้องเป็นวัณโรค ไอเป็นเลือด ครั้งละกระป๋องนม ซึ่งธรรมดาๆ 14 อุนซ์ ขนาดเล็ก 5 อุนซ์คงหมายถึงอย่างแรงมากกว่าซึ่งค่อนข้างมาก 28 อุนซ์ เกือบ 900 มม.

ให้เลือดหลายครั้ง ทำการเจาะปอดหลายครั้ง Hct ยังคงตกอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ซีดและมีเลือดออกอยู่เรื่อย ๆ Hct จึงไม่ขึ้น

ระหว่างอยู่โรงพยาบาล วันที่ 7-14 มีอาการท้องเดินและไข้สูงถึง 39°C รักษาด้วย thalazole ซึ่งเป็น sulfa ชนิดหนึ่ง อาการท้องเดินหายไป ซีดลดลง ตรวจร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง อันนี้ไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับอย่างอื่นได้หรือไม่ คือคล้ายกับรักษาด้วย thalazole แล้วได้ผล อาจมี infective diarrhea หรืออะไรทำนองนั้น

ในการตรวจ EKG ครั้งที่ 2 ความดันโลหิต 170/100 มม.ปรอท sinus tachycardia ในอัตรา 125/ต่อนาที

จำนวนเม็ดเลือดขาวครั้งแรก 3900/ลูกบาศก์ มม. neutrophils 86% Hct 27% ทาง hemato มีอะไรจะอภิปรายไหมครับ

พ. ประณัติ

จำนวนเม็ดเลือดขาวครั้งแรก 3900/ลูกบาศก์ มม. ต่ำไป แต่ differential count normal แสดงว่า myeloid series active อยู่ต่อมาก็คือ 9500/ลูกบาศก์ มม. คิดว่านอกจากซีดแล้ว ไม่มีอะไรผิดปกติ

พ. เตือนฉาย

สำหรับ EKG ของผู้ป่วยนี้ผิดปกติ EKG นอกจาก sinus tachycardia มี depress ST segment invert T ถ้าวินิจฉัยว่าเป็น infarction ต้องมี Q wave ถ้าจาก subendocardial

infarction อาจเป็นไปได้จาก depress ST อีกประการหนึ่งถ้ามี infarct แล้วมี aneurysm ของ left ventricle ผู้ป่วยรายนี้น่าจะมี elevated ST segment มากกว่าที่จะ depress ST คิดว่าน่าจะมี

1. vascular lesion พวกร aneurysm เพราะจากประวัติและจากการตรวจพบทางคลินิก x-rays การดำเนินโรค คนไข้อาจมี aneurysm ในทรวงอกและช่องท้องทำให้ มีเลือดออกจาก aneurysm จากปอดท้องดำดำ เมื่อ 5-6 เดือนก่อน ต่อมา มีเลือดออกเข้าไปในช่องปอด เกิดอาการเย็บพลัน ทำให้คนไข้มาโรงพยาบาล

คนไข้มีความดันโลหิตค่อนข้างสูง ไม่ได้รักษาจนเกิดไม่รู้ตัวไป ยิ่งชวนสงสัย aneurysm โดยเฉพาะ dissecting aneurysm ก็อาจเป็นไปได้ คืออาจเป็น aneurysmal dilatation ของ aorta หรือเป็น dissection จากมีเลือดออกไปในผนังของเส้นเลือดเขาไปและอาจเลือดออกที่ใดที่หนึ่งหรือหลาย ๆ ที่ก็ได้ หลาย ๆ แห่งรวมกัน เป็นทั้งในทรวงอกและช่องท้อง มีเลือดออกเป็นครั้งคราว ตอนหลังมีเลือดออกอย่างมาก

นอกจากนั้น EKG ครั้งที่ 2 ยังมี low voltage นี่ก็ถึงว่าจะมีเลือดออกเข้าไปใน pericardial sac แม้ว่าความดันโลหิตจะแย้งกันกับ cardiac tamponade ก็ตาม

2. นี่ก็ถึงเนื่องอกของอวัยวะในทรวงอกที่ เนื้อปอดส่วนนอกหรือที่เยื่อหุ้มปอด และมีเลือดออกเข้าไปในทั้งช่องปอดและ bronchial tree ก็เป็นไปได้

พ. ยาใจ

เมื่อผมเห็นคนไข้มาก่อน สรุปรคนไข้มาด้วยไอเป็นเลือดจำนวนมาก ตลอดเวลา 36 วัน ที่อยู่โรงพยาบาล พบว่ามี massive left pleural effusion เจาะได้เลือดสด ๆ 2-3 ครั้งด้วยกัน ความผิดปกติอื่น ๆ ไม่ได้กล่าวถึง เช่น ความดันโลหิตที่แขน 2 ข้างเป็นอย่างไร abnormal bruit ไม่ได้กล่าวถึง อาจมี fluid มาก ฟังไม่ได้ยินก็เป็นได้

สำหรับนักเรียนผู้ป่วยที่ไอเป็นเลือดมาก ๆ สาเหตุจากเนื้อปอดหรือ bronchial system มี bronchiectasis เป็นอันดับที่ 1 bronchogenic carcinoma ก็เป็นเรื่องที่พบได้ ไอเป็นเลือดและมี massive pleural effusion เป็นเลือดสด ๆ 2 อันนี้เกี่ยวข้องกันหรือเปล่า คนไข้อยู่นาน ๆ ค่อย ๆ เพลียไป ขณะที่มีการของการเสียเลือด bronchoscope ไม่เห็นตำแหน่งที่เลือดออก ไม่มี endobronchial tumor ฉะนั้นตัดออกไปได้เลย เห็นแต่ลักษณะถูกกดจากด้านนอกอยู่ด้วย เมื่อผู้ป่วยรายนี้ผมทราบมาก่อนจึงหยุดไว้แค่นั้น เพียงแต่สรุปให้ทราบไว้

พ. ประยูร

ก่อนอื่นขอถามอาจารย์สมศักดิ์ว่า การที่คนไข้มีเลือดในช่องปอดและไอเป็นเลือด แล้ววินิจฉัยว่าเป็น aneurysm ของ abdominal aorta จะแตกเข้าไปในช่องปอดได้หรือไม่

พ. สมศักดิ์

ได้ครับ aneurysm เวลายืด อาจ stretch

ไปรอบตัว อาจ stretch tissue ข้างเดียว erode ไปในอวัยวะใกล้เคียงคือ trachea, bronchus และอวัยวะอื่น ๆ แม้แต่กระดูกก็เป็นได้สบาย

พ. ประยูร

ถ้าอย่างนั้น aneurysm ก็น่าจะอยู่ในส่วนทรวงอก

พ. สมศักดิ์

อย่างน้อยส่วนหนึ่งอยู่ในทรวงอก แต่อีกส่วนหนึ่งอาจอยู่ใต้กระบังลม

พ. ประยูร

จากการตรวจศพพบว่าผู้ป่วยรายนี้ผมม ตอนเปิดเข้าไป lesion อยู่ในทรวงอก เยื่อหุ้มปอดข้างซ้ายมี adhesion ทำให้ dissect ลำบาก ในช่องปอดข้างซ้ายมีเลือดประมาณ 2,000 มล. ซึ่งอธิบายถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยหอบขึ้นทันทีและนอนตะแคงขวาไม่ได้

ascending aorta พบทางเปิดของ aneurysm (รูปที่ 1) ซึ่งภายใน aneurysm มี blood clot อยู่ มีส่วนหนึ่งของ aneurysm แตกเข้าไปใน left upper lobe (รูปที่ 2) มีผลทำให้ผู้ป่วยไอเป็นเลือด

หัวใจหนัก 350 กรัม ใน pericardial cavity ไม่มีเลือด aortic valve ไม่มี lesion left ventricle มี hypertrophy มีเลือดในกระเพาะอาหาร 1,000 มล. ไม่พบแผลในกระเพาะ

การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบว่าที่ผนังของ aneurysm ชั้นในมี thrombus ติดอยู่ ใน

ชั้นกลางมี chronic inflammatory cells โดยเฉพาะ lymphocytes และ plasma cell infiltrate รอบ ๆ blood vessel และทั่ว ๆ ไปมีการทำลายมี fibrosis มี scar ซึ่งเห็นได้แม้แต่ใน H&E (รูปที่ 3) ในชั้น adventitia ก็มี chronic inflammatory cells infiltrate โดยเฉพาะรอบ ๆ vasavosum (รูปที่ 4 และ 5)

จากการตรวจพบมี aneurysm ของ ascending aorta มี fibrosis ในผนังชั้นกลาง และมี perivascular infiltration ของ vasavosum ด้วย lymphocyte และ plasma cells พอจะบอกได้ว่าน่าจะเป็น syphilitic aneurysm แต่เสียชีวิตที่ไม่มีผลการตรวจเลือดช่วยยืนยันการวินิจฉัย

นอกจากนั้น พบว่าปอดข้างซ้ายถูกกดแฟบเนื่องจากเลือดในช่องปอด มี pneumonia ของปอดซ้ายส่วนล่างซึ่งอธิบายถึงการมีไข้ ได้มี

hyalinize ของ arterioles เป็น arteriolar nephrosclerosis

การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายทางพยาธิวิทยา

- *aortitis and saccular aneurysm of ascending aorta
- hemothorax left 2,000 ml
- blood and blood clot in stomach 1,000 ml
- pulmonary atelectasis left lower lobe
- bronchopneumonia left
- generalized arteriosclerosis involving aorta coronary and cerebral arteries
- arteriolar nephrosclerosis
- hypertrophy and dilatation of heart
- chronic passive congestion of lung and liver

*lesion consistent with syphilitic aortitis

เอกสารอ้างอิง

1. Heggveit, HA : Syphilitic aortitis, a clinico-pathologic autopsy study of 100 cases, 1950 to 1960. Circulation 29 : 346-355, 64
2. Roberts, B, Danielson, g, and Blachmore, WS : Aortic aneurysm, report of 101 cases. Circulation 15 : 483-491, 57