

## Recurrent Quadriparesis

อ. พญ. กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ, สศ. UW. สมศักดิ์ เกียมเก่า  
สาขาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 46 ปีอาชีพทำนา ภูมิลำเนา  
อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ**

### อาการสำคัญ :

แขนขาทั้งสองข้างอ่อนแรงมากขึ้น 3 สัปดาห์  
ก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน :

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ  
ปวดต้นคอ ร่วมกับมีอาการชาที่มือและแขนซ้าย  
จากนั้นอาการชาลามไปที่แขนขวา และขาทั้งสอง  
ข้าง ชาทั้งตัวขึ้นมาถึงที่คอ ไม่มีอาการชาใบหน้า  
ต่อมาเริ่มมีอาการอ่อนแรงของแขนขาทั้งสองข้าง  
ยกแขนลำบาก จับช้อนลำบาก เดินลำบากต้องมีย  
คนช่วยพยุง มีอาการปวดแสบร้อนตามตัว การ  
มองเห็นปกติ พูดปกติ ไม่มีปากเบี้ยว ปัสสาวะปกติ  
ถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่มีไข้ ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีกลิ่น  
เนื้อกระดูก ไม่มีชักเกร็ง ญาติพาไปโรงพยาบาล  
ได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ไขสันหลัง แพทย์สงสัย  
ว่ามีเนื้องอกที่ไขสันหลัง แนะนำเรื่องผ่าตัด ผู้ป่วย

ปฏิเสธและขาดการติดตามการรักษา ต่อมาอาการ  
อ่อนแรงค่อยๆดีขึ้นเอง อาการชาหายไป มีกำลัง  
กลับมาปกติ ไม่ได้ไปรักษาที่ใด

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการ  
ชาลักษณะเดิม ร่วมกับมีแขนและขาอ่อนแรงทั้ง  
สองข้างแต่เป็นมากกว่าครั้งก่อน เดินไม่ได้ มีกลิ่น  
ลำบาก กลืนแล้วสำลัก หายใจไม่สะดวก การมอง  
เห็นปกติดี ไม่มีปากเบี้ยว เริ่มปัสสาวะไม่ออก ได้  
ไปที่โรงพยาบาลชุมชนจึงส่งตัวเข้ามารับการรักษา  
ต่อที่โรงพยาบาล

### ประวัติอดีต :

- ปฏิเสธโรคประจำตัว
- ปฏิเสธประวัติ IVDU, blood transfusion, tattoo
- ปฏิเสธผื่นแพ้แสง ปวดข้อ
- ไม่มีประวัติผ่าตัด หรือ อุบัติเหตุรุนแรง
- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา
- ปฏิเสธประวัติฉีดวัคซีนในปีนี้

- มีประวัติรับประทานยาสมุนไพรและน้ำหมักผลไม้ในช่วงที่อ่อนแรงครั้งแรก รับประทานประมาณ 3 เดือน

### Physical examination :

A woman of her age, good consciousness, on endotracheal tube

Vital signs : BT 37.2 c, PR 80 bpm, RR 20 tpm, BP 140/70 mmHg

HEENT : pink conjunctivae, anicteric sclera, no oral ulcer, impalpable lymph node

Heart : normal S<sub>1</sub>S<sub>2</sub>, no murmur

Chest & Lungs : normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen : soft not tender, liver and spleen impalpable

Extremities : no pitting edema

### Neurological examination:

- Conscious : full
- Speech : normal
- CN : pupil 3 mm RTL BE, RAPD negative both eyes, full EOM, no facial palsy, normal hearing both sides, eye ground : sharp disc both eyes , other CN were normal
  - Motor power : grade II all , except right upper extremity grade III
  - Deep tendon reflex : 3+ all, except right upper extremity 2+

- Babinski's sign : dorsiflexion both sides

- Clonus : positive both sides

- Cerebellar sign : intact

- Sensory : decrease pinprick sensation on right side below T4, left side below C5 level

- PR : loose sphincter tone, anal wink negative

### สรุปปัญหา:

1. Relapsing progressive quadripareisis with sensory loss up to C level with autonomic involvement with bulbar symptom
2. Respiratory failure

### วิจารณ์:

ผู้ป่วยหญิงวัย 46 ปี มาด้วยอาการชาและอ่อนแรงของแขนขาสองข้าง โดยอาการชาขึ้นมาถึงระดับคอ ต่อมาอาการอาการดีขึ้นเอง แล้วกลับแย่ลงใหม่ ร่วมกับมีอาการกลืนลำบาก กลืนแล้วสำลัก หายใจไม่สะดวก มีปัสสาวะไม่ออก ทำให้คิดถึงรอยโรคที่ไขสันหลังระดับ C spine มากที่สุด ตรวจร่างกายพบว่ามี quadripareisis มี sensory loss เป็น level ข้างขวาต่ำกว่า T4 และข้างซ้ายต่ำกว่า C5 ลงไป มี DTR ไวทั้งสองข้างมี long tract signs positive และมี loose sphincter tone จริง โดยรอยโรค (lesion) ในผู้ป่วยรายนี้ น่าจะอยู่ไขสันหลังระดับ C spine ส่วนบนเพราะผู้ป่วย

มีอาการของการหายใจล้มเหลวร่วมด้วย โดยที่การทำงานของเส้นประสาทสมองยังปกติ ซึ่งการดำเนินโรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ แล้วดีขึ้นได้เอง จนต่อมามีอาการกำเริบซ้ำอีก ทำให้คิดถึงว่าน่าจะมีสาเหตุจาก process ของ inflammation มากที่สุด เพราะสาเหตุอื่นจะพบการดำเนินโรคแบบนี้ได้น้อยกว่ามาก ซึ่งสาเหตุของ inflammation process ในระบบประสาทได้แก่การเกิดปลอกประสาทอักเสบที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคได้แก่

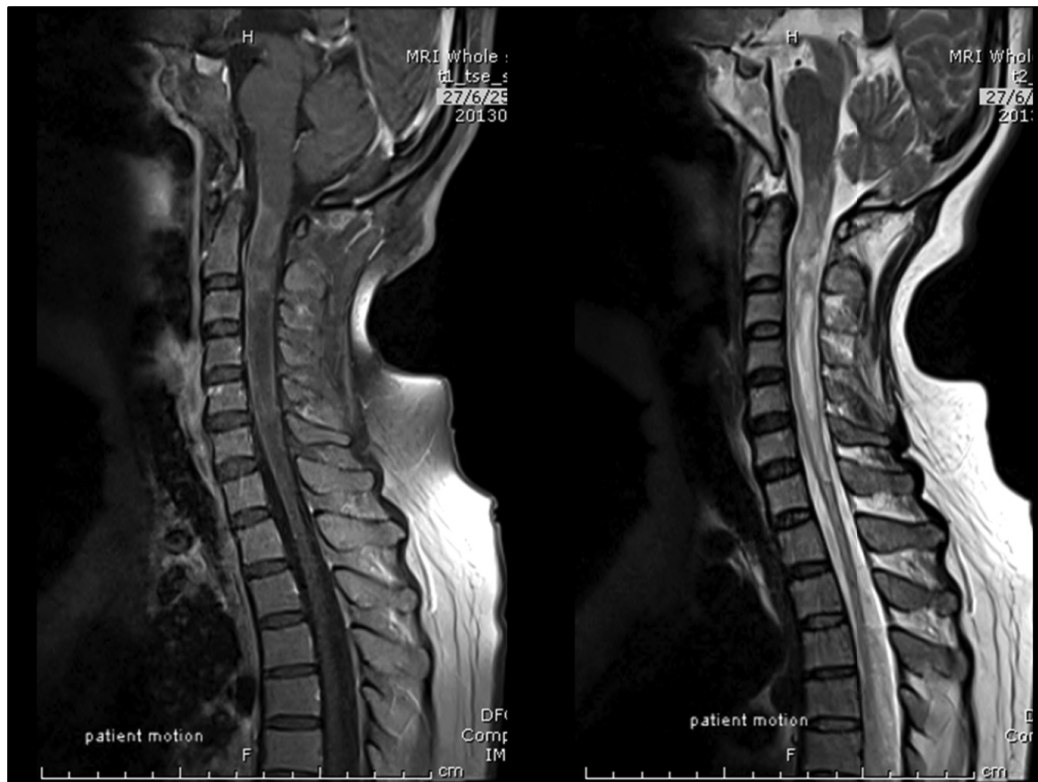
1. Multiple sclerosis
2. Neuromyelitis optica
3. ไขสันหลังอักเสบจากสาเหตุอื่นๆ

ในสองโรคแรกนี้ ถ้าหากผู้ป่วยมีประวัติเส้นประสาทตาอักเสบ(optic neuritis)ร่วมด้วย

ก็จะช่วยทำให้นึกถึงได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติดังกล่าว อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้ยังน่าจะคิดถึงสองโรคแรกมากกว่าเนื่องจากมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ (relapsing remitting) ซึ่งข้อมูลในขณะนี้ยังไม่สามารถแยกโรคจากกันได้ส่งต้องตรวจเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

#### Investigation:

- MRI C spine :multiple ill-defined abnormal signal intensity (SI) intramedullary lesions at C1-6 levels with new lesions in Medulla Oblongata which involved grey matter and white matter in anterior portion of spinal cord are detected.



- CBC:Hb 11.6, Hct 34.8, WBC 8,5003 cells/ml (PMN 77.2%, L13.6%, M0.4%, E0.4%)
- Blood chemistry & Liver function test : WNL
- Anti HIV, HBsAb, Anti HBs, Anti HCV: negative
- CSF :open pressure/ close pressure ปกติ, RBC 3 cells/ml, WBC 03 cells/ml, protein 23 mg/dl, sugar 90mg/dl (ปกติเมื่อเทียบกับในเลือด)
- NMO IgG : positive

### สรุป:

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรค neuromyelitis optica ได้รับการรักษาด้วยการให้ยา methylprednisolone ขนาด 1 g เป็นเวลา 5 วันแล้วให้ prednisolone oral ต่อร่วมกับ supportive care สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจ กลับไปกายภาพบำบัดที่บ้าน และนัดมาติดตามการรักษาต่อไป

### Neuromyelitis optica:

โรค neuromyelitis optica (NMO) หรือ Devic's disease เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของประสาทส่วนกลางคล้ายกับโรค multiple sclerosis (MS) ซึ่งโรค NMO จะพบบ่อยในผู้ป่วย non-Caucasian มากกว่าซึ่งตรงข้ามกับโรค MS ที่พบบ่อยในชาวตะวันตก<sup>1,2</sup> NMO เป็นโรคที่มีความผิดปกติของมัยอีลินและแกนประสาทร่วมกัน (myelin sheath and axon) เกิดเป็นรอยโรคที่มีลักษณะเป็นแผล (severe idiopathic immune-mediated demyelinating necrotizing disease) โดยมักมีอาการเส้นประสาทตาอักเสบข้างเดียวหรือสองข้างและไขสันหลังอักเสบ<sup>3</sup> อาจมีอาการร่วมอื่นๆ ขึ้นกับรอยโรคเฉพาะที่นั้นๆ อาการของผู้ป่วยจะกำเริบเป็นครั้งคราวทำให้อาการทางระบบประสาทสั่งการ ระบบรับความรู้สึก การมองเห็น ระบบประสาทอัตโนมัติ เลวลงเรื่อยๆ ตามลำดับ<sup>4,6</sup> และอาการจะค่อยดีขึ้น ใช้อย่างช้าๆ ใช้เวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนและหายไม่สนิท<sup>4</sup> โดยโรคจะพบบ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 10 เท่า อายุอยู่ในช่วง 30 ปีขึ้นไป ในขณะที่โรค MS จะพบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าแต่ก็อาจจะพบโรค NMO ในเด็กหรือผู้สูงอายุได้บ้าง เปรียบเทียบโรค MS กับ NMO ดังตารางที่ 1<sup>7</sup>

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบโรค Multiple sclerosis และ Neuromyelitis optica

	Multiple sclerosis (MS)	Neuromyelitis optica (NMO)
คำจำกัดความ	-อาการและอาการแสดงของระบบประสาทส่วนกลางที่เกิดจากการทำลาย white-matter tracts ที่บริเวณนั้นๆ และมีการเกิดรอยโรคต่างที่ต่างเวลากัน (dissemination in space and time) - ผลการตรวจด้วย MRI สันนิษฐานว่าเข้าได้กับโรค MS	-ไขสันหลังอักเสบและประสาทตาอักเสบ -ผลการตรวจด้วย MRI ไขสันหลังพบรอยโรคมามากกว่า 3 ระดับกระดูกไขสันหลังขึ้นไป -ผลMRI brain ไม่เข้ากับโรคMS -หรือตรวจพบ NMO-IgG
อาการและการดำเนินโรค	-ร้อยละ 85 remitting-relapsing -ร้อยละ 15 primary-progressive -not monophasic	-onset always with relapse -ร้อยละ 80-90 relapsing course -ร้อยละ 10-20 monophasic course
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)	29	39
เพศ (หญิง:ชาย)	2:1	9:1
Secondary progressive course	พบบ่อย	พบน้อย
การตรวจ MRI: brain	-รอยโรคที่บริเวณ periventricular white-matter	-ส่วนใหญ่ปกติ หรือมีรอยโรคแบบ non-specific white-matter -ร้อยละ 10 พบรอยโรคที่ hypothalamic, corpus callosal, periventricular หรือ brainstem
การตรวจ MRI: spinal cord	- short-segment peripheral lesions	-longitudinally extensive ( $\geq 3$ vertebral segments) central lesions
จำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง และชนิดของเม็ดเลือดขาว	-mild pleocytosis -mononuclear cells	-occasional prominent pleocytosis -polymorphonuclear cells and mononuclear cells
CSF oligoclonal bands	-ร้อยละ 85	-ร้อยละ 15-30

ดัดแปลงจาก The spectrum of neuromyelitis optica. The Lancet Neurology, 2007, 6:805-15

การรักษา NMO ยังมีข้อมูลค่อนข้างน้อย ในช่วงที่มีโรคกำเริบเฉียบพลันแนะนำให้ยาสเตียรอยด์ขนาดสูง (methylprednisolone ขนาด 1 g เป็นเวลา 3-5 วัน) แล้วตามด้วยยารับประทาน (prednisolone) กรณีไม่ตอบสนองต่อยาสเตียรอยด์ให้พิจารณาทำ plasma exchange ส่วนการป้องกันโรคกำเริบยาลำดับแรกที่เหมาะสมให้ใช้คือยา azathioprine (ขนาด 2.5-3 มก./กก./วัน) ร่วมกับให้ยา oral prednisolone (1 มก./กก./วัน) จนกว่ายา azathioprine ได้ผลจึงค่อยลดยา prednisolone อย่างช้าๆ ภายในเวลา 2-3 เดือน ยาอื่นเช่น rituximab, cyclophosphamide, mitoxantrone, mycophenolatemofetil, IVIG, methotrexate และการทำ intermittent plasma exchange<sup>(3)</sup> การรักษาประคับประคองตามอาการ เช่นอาการเกร็ง ปวดเกร็ง (tonic spasms), NMO-related painsyndromes การควบคุมปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น

## เอกสารอ้างอิง

1. Kira J. Multiple sclerosis in the Japanese population. *Lancet Neurol* 2003;2:117-27.
2. Das A, Puvanendran K. A retrospective review of patients with clinically definite multiple sclerosis. *Ann Acad Med Singapore* 1998;27:204-9.
3. Sellner J, Boggild M, Clanet M, Hintzen RQ, Illes Z, Montalban X, et al. EFNS guidelines on diagnosis and management of neuromyelitis optica. *Eur J Neurol* Aug 2010;17:1019-32.
4. Wingerchuk DM, Hogancamp WF, O'Brien PC, Weinshenker BG. The clinical course of neuromyelitis optica (Devic's syndrome). *Neurology* 1999;53:1107-14.
5. Cabrera-Gomez JA, Kurtzke JF, Gonzalez-Quevedo A, Lara-Rodriguez R. An epidemiological study of neuromyelitis optica in Cuba. *J Neurol* 2009;256:35-44.
6. Wingerchuk DM, Weinshenker BG. Neuromyelitis optica: clinical predictors of a relapsing course and survival. *Neurology* 2003;60:848-53.
7. Wingerchuk DM, Lennon VA, Lucchinetti CF, Pittock SJ, Weinshenker BG. The spectrum of neuromyelitis optica. *Lancet Neurol* 2007;6:805-15.