

10

“ปวดตาและเห็นภาพซ้อน”

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 32 ปี แม่บ้านอยู่ที่กทม.

ประวัติ

ปวดที่กระบอกตาซ้ายและปวดศีรษะมา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มปวดที่เบ้าตาค่อยๆ รุนแรงขึ้น มีปวดจี๊ดๆ ที่หน้าผากและตาซ้าย วันรุ่งขึ้นเริ่มมองเห็นภาพซ้อน ภาพอยู่เหลื่อมกัน ต่อมาหนังตาซ้ายตก ปวดศีรษะมากๆ บางครั้งมีคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน

เมื่อ 3 ปีก่อนเป็นโรคลมชัก มารักษาที่โรงพยาบาลได้ยา Carbamazepine

ผลการตรวจร่างกาย

T 37°C PR 72 regular BP 130/80 mm.Hg

Ptosis ⊙

Pupils L > R ○ L 3 mm. ⊗ 2 mm.

⊙ reacted to light sluggishly

Eye movements : ○ L eye LR full, SR, IR, MR < 80% of normal

⊗ eye : full

Other cranial nerves intact

no other abnormal signs

อภิปราย

ปัญหาของหญิงกลางคนรายนี้คือ painful 3rd nerve palsy ซึ่งคงไม่เกี่ยวข้องกับอาการลมชักที่เริ่มเมื่อ 3 ปีก่อนและได้รับการรักษาอยู่

การวินิจฉัยแยกโรคที่ทำให้เกิด 3rd nerve palsy ที่ช่วยอย่างหนึ่งก็คือ การที่ม่านตาดำหรือ pupil เสียปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงหรือไม่ ถ้ามีอะไรกด cranial nerve เส้นที่ 3 เช่น เนื้องอกหรือ posterior communicating aneurysm หรือในกรณีที่มี tentorial herniation ม่านตาดำจะโตและไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองที่ฉายเข้าตาแต่เนิ่น ส่วนถ้า 3rd nerve palsy จากการอักเสบหรือขาดเลือดจาก vasa nervorum อุดตัน เช่น ในกรณีเบาหวาน หรือผู้ป่วยสูงอายุและมีแรงดันเลือดสูงม่านตาดำมักจะยังมีปฏิกิริยาตอบสนองเหลืออยู่บ้างเช่น ในกรณีผู้ป่วยรายนี้ เพราะฉะนั้นสาเหตุที่น่านึกถึงมากที่สุดก็คงเป็นการอักเสบและที่พบบ่อยมากในบ้านเราก็คือ cranial neuritis (หรือ polyneuritis cranialis ถ้าเป็นที่ cranial nerve มากกว่า 1 เส้น) หรือ Tolosa-Hunt Syndrome ส่วนเรื่องลมชักคงจะไม่เกี่ยวข้องกับอาการปวดตา ในผู้ป่วยรายนี้ควรทำ การตรวจพิเศษเพิ่มเติมดังนี้คือ

- 1) ESR ในกลุ่มอาการ Tolosa-Hunt มักจะสูงผิดปกติ ถ้าเป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีปวดศีรษะก็ต้องนึกถึง Giant cell arteritis แต่ไม่ใช่ผู้ป่วยรายนี้
- 2) VDRL และ TPHA เพื่อ rule out syphilis
- 3) Fasting Blood Sugar เพื่อดูให้แน่ใจไม่ใช่เบาหวาน

ถ้า ESR สูงผิดปกติ และผลในการตรวจกรณี 2 และ 3 ปกติ ก็พอจะเชื่อได้ว่าเป็น Tolosa-Hunt Syndrome และเริ่มการรักษาด้วย cortico-steroid อาการปวดจะหายไปในวัน-2 วัน และ ocular palsy ก็จะเริ่มดีขึ้นใน 4-5 วันหรือก่อนนั้น คงไม่จำเป็นต้องทำ MRI หรือ CT scan สมองให้สิ้นเปลือง นอกจากผู้ป่วยมีประวัติและอาการที่บ่งว่ามีโรคอื่นที่อาจเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุได้ เช่น Sinusitis หรือถ้าสงสัย nasopharyngeal cancer ส่วนการตรวจน้ำหล่อไขสันหลังก็คงไม่จำเป็นถ้า VDRL และ TPHA ในเลือดไม่แสดงผลบวก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ VDRL และ TPHA ในเลือด non-reactive Urine ปกติ
Fasting Blood Sugar 101 mg% WBC 5400/cu.mm. N 74% L 23% M 3%
ไม่มี Eosinophil ESR 57 mm. ใน 1 ชั่วโมงแรก
ได้ทำการตรวจน้ำหล่อไขสันหลังไปด้วย พบ clear fluid RBC 50 ตัว
protein 66 mg% glucose 59 mg%

การวินิจฉัยโรค

Painful third cranial nerve palsy, cranial neuritis (Tolosa-Hunt syndrome)

ข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้ป่วยได้รับ Prednisolone 60 mg ต่อวัน 2 วันหลังจากได้รับยา อาการปวดศีรษะและปวดตาหายไปแต่ผู้ป่วยยังมีมีนๆ บ้าง ต่อมาอาการกลอกตาค่อยๆ ดีขึ้นจนกลับมาเป็นปกติ ตรวจครั้งสุดท้าย 3 เดือนให้หลัง ตาซ้ายปกติ

อภิปรายเพิ่มเติม

3rd cranial palsy โดดๆ ช้างเดียวในบ้านเรามีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการ Tolosa-Hunt มากที่สุด รองลงไปคงเป็นจาก vasa nervorum อุดตันทำให้มี nerve infarct พบใน ผู้ป่วยสูงอายุจากเบาหวาน และ/หรือ arteriosclerosis ต่อจากนั้นก็คงต้องนึกถึง posterior communicating aneurysm และ carcinoma ของ naso-pharynx บางครั้งก็มาหาแพทย์ด้วย cranial nerve ที่ 6 หรือที่ 3 เสียโดดๆ ได้

ในรายงานจากต่างประเทศจะไม่ค่อยมี Tolosa-Hunt Syndrome จึงนับได้ว่าโรคนี้เป็นปัญหาในประเทศเราหรือในภูมิภาคแถบนี้มากกว่า

แนะนำเอกสาร

1. Hunt WE, Meagher JN, Le Fever HE, Zeman W. Painful ophthalmoplegia - its relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. Neurology (Minneap.) 1961; 11: 56-62.

2. Tolosa E. Periarteritic lesions of the carotid siphon with the clinical features of a carotid infraclinoidal aneurysm. J Neurol Neurosurg Psychiat 1954; **17**: 300-302.
3. Symonds CP. Recurrent multiple cranial nerve palsies. J Neurol Neurosurg Psychiat 1958; **21**: 95-100.
4. Ratanavale GS. Cranial polyneuritis – A distinct clinical entity. Proc Aust Ass Neurol 1968; **5**: 527-529.
5. Steele JC, Vasuvat A. Recurrent multiple cranial nerve palsies : a distinctive syndrome of cranial polyneuropathy. J Neurol Neurosurg Psychiat 1970; **33**: 828-832.
6. Juncos JL, Beal MF. Idiopathic cranial polyneuropathy. A fifteen-year experience. Brain 1987; **110**:197-211.
7. Chakravarty K, Scott DGI. Polyneuritis cranialis and C-ANCA : is it limited Wegener's granulomatosis. J R Soc Med 1993; 173-174.
8. Rucker CW. Paralysis of the third, fourth and six cranial nerves. Am J Ophth 1958; **46**: 787-794.