

“เหมือนโรคระบบประสาทที่พบบ่อย แต่ไม่ใช่ !”

หญิงไทยคู่ อายุ 29 ปี เป็นหมอนวดแผนโบราณ จาก อ.ครบุรี นครราชสีมา

อาการสำคัญ

ขาทั้ง 2 ข้างไม่มีแรง 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

12 ปีก่อนมีปวดข้อ ผม่ว้งและหน้ามีผื่นแดงแพ้งแสงแดด อีก 2 ปีต่อมามีตามัวทั้ง 2 ข้างรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัด อาการดีขึ้นบ้างแต่ตามองไม่เห็นเป็นปกติ ได้เข้ารับประทานเป็นประจำ

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ขณะตื่นนอน ปวดเหมือนมีอะไรมาแทงที่ท้อง ไม่กี่ชั่วโมงต่อมารู้สึกขาทั้ง 2 ข้างหนักๆ ยกไม่ขึ้นและลุกไม่ขึ้น ถ่ายปัสสาวะลำบากและกลั้นไม่อยู่ท้องผูก ซาซาๆ ขึ้นมาถึงลำตัว

อภิปราย

ถ้าวิเคราะห์เฉพาะอาการทางระบบประสาทในผู้ป่วยรายนี้ที่อยู่ๆ ขาทั้ง 2 ข้างไม่มีแรงเป็นอัมพาตไปพร้อมถ่ายปัสสาวะไม่ได้ มีอาการชาจากขาถึงลำตัว ก็ทำให้นึกถึงรอยโรคที่ประสาทไขสันหลังที่อาจเป็นจากการอักเสบ การขาดเลือดจากหลอดเลือดแดงอุดตันหรือมีอะไรไปกดทับ ถ้ามีประวัติตามัวมาก่อนหน้าหลายปีและดีขึ้นซึ่งคงเป็นจากประสาทตาอักเสบหรือ optic neuritis (ON) ก็จะมีนึกถึง demyelinating disease โดยเฉพาะ multiple sclerosis (MS) แต่ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติรักษาโรคปวดข้อ ผม่ว้ง หน้ามีผื่นแดงมาก่อน การวินิจฉัยแยกโรคก็ง่ายขึ้นโดยคงระบุได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรค systemic lupus erythematosus (SLE) และเกิดมีการสำแดงโรคทางระบบประสาท

ผลการตรวจร่างกาย

T 37.2°C PR 84 BP 130/80

slightly pale, round face

VAL: PL VAL: nil

bilat pale disc with clear edges

Legs: power 0-1/5 in all muscles

		®	Ⓐ	
Reflexes:	SJ	+++	+++	Abd
reflexes:				
	BJ	+++	+++	— —
	TJ	+++	+++	— —
	KJ	+++	+++	— —
	AJ	++	++	
	P	↑	↑	
	hypalgesia up to T10 level			

อภิปราย (ต่อ)

ลักษณะที่ตรวจพบก็เข้าได้กับรอยโรคที่ประสาทไขสันหลังที่ระดับจาก T8 ขึ้นไปคงถึงส่วนคอด้วยเพราะ reflexes ที่แขนก็ไวผิดปกติ ผู้ป่วยมี bilateral primary optic atrophy จาก รอยโรคเก่าเมื่อหลายปีมาแล้ว ควรทราบผลการตรวจพิเศษตั้งแต่ครั้งแรก ครั้งปัจจุบันและการรักษาที่เคยได้รับก่อนที่จะสรุปได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hb 10.4 PCV 33.9 MCV 70 MCHC 30.8
MCH 21.5
RBC 4.86×10^6
WBC 6800 L 67 L 24 M 7 E 2
Platelets 272,000
ESR 26 mm/1st hour
Urine: protein trace
serum alb. 39.4 glob. 33.5
cholesterol 244
CH-50 37% C₃C 531 (normal 790-1400)
CSF clear, opening pressure 180 mm H₂O
10 mononuclear cells
protein 111 mg%
sugar 63 mg% (blood sugar 171 mg%)

ประวัติอดีตเพิ่มเติม

เมื่อ 12 ปีก่อนที่เริ่มไม่สบาย ตามัว หน้ามีผื่น ปวดข้อ ที่โรงพยาบาล นครราชสีมา

ตรวจพบมี LE cells ANA +ve speckled > 1:256
ผู้ป่วยรับประทานยา Prednisolone อยู่ 3 ปีเศษก็เลิกรักษา

อีก 1 ปีหลังจากนั้นผื่นขึ้นอีก จึงมารักษาที่กรุงเทพฯ

ตรวจเลือด ANA +ve ring pattern 1:4 homogeneous
1:16

speckled > 1:256

anti DNA +ve 1:40 anti SM -ve

anti RNP +ve CH₅₀ 18 C₃C 285

ผู้ป่วยได้รับยา prednisolone และ cyclophosphamide อยู่ 1 ปี
แล้วทานยา prednisolone อย่างเดียว

อภิปรายเพิ่มเติม

โรค SLE เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากในประเทศเรา มีผู้รวบรวมรายงานผู้ป่วยไว้หลายคณะการสำแดงโรคทางระบบประสาทจากโรคนี้มีหลายรูปแบบซึ่งอาจเกิดขึ้นหลังผู้ป่วยมีอาการทางระบบอื่นๆและทราบแล้วว่าเป็นโรคนี้ แม้กระทั่งได้รับการรักษาอยู่เช่นผู้ป่วยรายนี้ที่ยากต่อการวินิจฉัยก็เป็นในกรณีที่อาการทางระบบประสาทเป็นอาการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ และผู้ป่วยยังไม่มีอาการอื่นๆ และบางครั้งเป็นกลุ่มอาการที่ยังไม่เคยรายงานมาก่อนดังเช่นที่ผมเคยพบในผู้ป่วยหญิงไทยที่โรงพยาบาลจุฬาฯ และรายงานไว้ใน Lancet เมื่อหลายปีมาแล้ว (เอกสารหมายเลข 1) ขณะนี้ผมก็มีผู้ป่วยอยู่อีกรายที่ ติดตามดูมากกว่า 10 ปีแล้วที่ไปพบผมด้วยอาการปวดศีรษะ migraine อยู่หลายปีจนสงสัยจึงทำ ESR และตรวจปัสสาวะพบมีเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะจึงได้ส่งต่อให้ศาสตราจารย์นายแพทย์วิศิษฎ์ สิตปรีชาตรวจรักษาก็พบว่า เป็น SLE และให้การรักษามาตลอด ผู้ป่วยรายนี้ที่กล่าวนี้มีพี่น้องเป็นโรคนี้อีกด้วย อาการปวดศีรษะแบบ migraine หรือปวดศีรษะเรื้อรังเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วย SLE ที่แพทย์บางคนไม่ทราบหรือไม่นึกถึง (เอกสารหมายเลข 2 และ 3) นอกจากนี้ผมยังได้เคยรายงานผู้ป่วยที่มาพบด้วยอาการทางระบบประสาทอย่างเดียวคือมีตามองไม่เห็นจาก ON และเป็นอัมพาตและชาจากกลางตัวลงไปเหมือน MS หรือ Devic's disease (neuromyelitis optica) แต่ตรวจพบมีโปรตีนและเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ ESR สูงผิดปกติ พบมี LE cells ในเลือด ต่อมายังมีอาการทางตาที่ดีขึ้นจากยา prednisolone แล้วกลับมีอาการตามองไม่เห็นอีกเป็นครั้งคราวคล้าย MS ทุกอย่าง (เอกสารหมายเลข 4) กลุ่มอาการแบบนี้ นายแพทย์ Michael Kremer ประสาทแพทย์ชาวอังกฤษที่ประจำอยู่ที่สถาบันประสาท Queen's Square และโรงเรียนแพทย์ Middlesex ที่มีชื่อเสียงมากในช่วง ค.ศ. 1955-1975 ร่วมกับศาสตราจารย์แพทย์หญิง Deborah Doniach แพทย์นักภูมิคุ้มกันวิทยาผู้ศึกษารายงานโรคต่อมไทรอยด์อักเสบ (Hashimoto) คนแรกในโลกได้รายงานไว้ในวารสาร Brain เมื่อปี ค.ศ. 1972 (เอกสารหมายเลข 5) และได้เสนอให้เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า lupoid sclerosis

ผู้ป่วย acute myelitis จาก SLE มักจะมี CSF ที่มี mononuclear cells มากผิดปกติเล็กน้อย มีโปรตีนสูงและน้ำตาลน้อยกว่าปกติได้ ทำให้นึกถึงว่าจะมีโรคติดเชื้อแทรกซ้อน ก็ควรทำ direct smear และ india ink stain และส่งเพาะเชื้อด้วย ซึ่งในผู้ป่วยที่นำเสนอนี้ก็คงไม่มีโรคติดเชื้อ ร่วมด้วย

Siekert และ Clark รายงานผู้ป่วย SLE ที่มาด้วยอาการจากประสาทไขสันหลังอักเสบเป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1955 อีก 5 ปีต่อมา Granger รายงานเพิ่มเติม (ดูจากเอกสารหมายเลข 6) แพทย์หญิงคุณหญิงนงนุช ศิริเดช และผมรายงานผู้ป่วยไทยไว้เมื่อ ค.ศ. 1969 (เอกสารหมายเลข 7) ปัจจุบันมีผลงานตีพิมพ์เกี่ยวกับเรื่อง SLE และการสำแดงโรคทางระบบประสาทมากมาย ผมสะสมไว้มากแต่จะขอแนะนำเพียงบางเรื่องโดยเฉพาะเรื่อง ที่เก่าแต่ยังเป็นที่น่าสนใจถึงกันเสมอๆ ผมคงมีโอกาสแนะนำเพิ่มเติมได้อีกในหนังสือเล่มต่อไป !

แนะนำเอกสาร

- 1) Vejjajiva A. System lupus erythematosus presenting as acute disseminated encephalomyelitis. Lancet 1965; 1: 352-3.
- 2) Brandt KD, Lessell S. Migrainous phenomena in systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 1978; 21: 7-16.

- 3) Vazquez-Cruz J, Traboulssi H, Rodriguez A, Geli C, Roig C, Diaz C. A prospective study of chronic or recurrent headache in systemic lupus erythematosus : is there an entity of "lupus headache"? Neurol J Southeast Asia 1997; **2**: 51-6.
- 4) Vejjajiva A. Some aspects of multiple sclerosis in Thailand. In : Multiple Sclerosis in Asia. Ed. Kuroiwa Y. University of Tokyo Press, Tokyo 1976; pp. 11-16.
- 5) Fulford KWM, Catterall RD, Delhanty JJ, Doniach D, Kremer M. A collagen disorder of the nervous system presenting as multiple sclerosis. Brain 1972; **95**: 373-86.
- 6) Johnson RT, Richardson EP. The neurological manifestations of systemic lupus erythematosus. A clinical-pathological study of 24 cases and review of the literature. Medicine (Baltimore), 1968; **47**: 337-69.
- 7) นงนุช เหมือนทองจีน อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. การสำแดงโรคทางระบบประสาทของลิวส์เตมิก ลูปัส อีริย์ธมาโตสซิส. รายงานผู้ป่วย 7 ราย จพสท 2512; **52**: 673-86.
- 8) Deesomchok U, Tumrasvin T. Clinical features of systemic lupus erythematosus in Thai males and females. J Med Assoc Thai 1992; **75**: 133-40.
- 9) Kasitanon N, Louthrenoo W, Sukitawut W. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus (NPSLE): a 15-year experience. Intern Med J Thai 2001; **17** (Suppl): 92.
- 10) Pender MP, Chalk JB. Connective tissue disease mimicking multiple sclerosis. Aus NZ J Med 1989; **19**: 469-72.
- 11) Goh KJ, Ahmad Sarji S, Omar S, Tan CT. Severe lupus leukoencephalopathy – a case report. Neurol J Southeast Asia 1997; **2**: 185-90.
- 12) Donders RCJM, Kappelle LJ, Derksen RHW, et al. Transient monocular blindness and antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus. Neurology 1998; **51**: 535-40.

- 13) Ainiola H, Loukkola J, Peltola J, Korpela M, Hietaharju A. The prevalence of neuropsychiatric syndromes in systemic lupus erythematosus. Neurology 2001; **57**: 496-500.
- 14) Wongchinsri J, Tantawichien T, Deesomchok U, Akkasilpa S. Infections in Thai patients with systemic lupus erythematosus : A review of hospitalized patients. Intern Med Thai 2001; **17** (Suppl): 90.
- 15) Ruiz-Irastorza G, Khamashta MA, Castellino G, Hughes GRV. Systemic lupus erythematosus. Lancet 2001; **357**: 1027-32.
- 16) Carpentier AF, Chassande B, Amoura Z, Benyahia B, Piette J-C, Delattre J-Y. Systemic lupus erythematosus with anti-Hu antibodies and polyradiculoneuropathy. Neurology 2001; **57**: 558-9.