

“หญิงสูงอายุเมื่อยขาและขาชาเวลาเดิน”

หญิงไทยโสดอายุ 72 ปี จาก กทม.

อาการสำคัญ

ขาข้างขวา เป็นมากเวลาเดิน มา 1 เดือน
เริ่มมีอาการขาเหมือนเป็นเหน็บที่ปลายนิ้วเท้าข้างขวาต่อมาขาขึ้นไปที่น่องและ
โคนขาด้านหลัง อาการเป็นมากขึ้นหลังจากเดินได้ระยะประมาณ 1 กิโลเมตร 2 สัปดาห์
ก่อนมาโรงพยาบาลทำซ้ำเริ่มขาข้าง และผู้ป่วยเดินได้ไม่กี่ไกลก็เริ่มมีอาการที่ขาทั้ง 2 ข้างและมี
ปวดเมื่อยหลังบ้าง เวลาเดินมากจะปวดเมื่อยน่องทั้ง 2 ข้างบางครั้งปวดขาขึ้นไปถึงโคนขาทั้ง
2 ข้างและขาหนักๆ เวลาเดินก้าวขาไม่ค่อยออก

ผู้ป่วยมีแรงดันเลือดสูงมา 5-6 ปี ได้รับยาและตรวจกับแพทย์เป็นประจำ
5 ปีก่อนเคยปวดเมื่อยหลังเป็นๆ หายๆ อยู่ระยะหนึ่ง

อภิปราย

อาการเป็นเหน็บและขาที่ขาทั้ง 2 ข้างพร้อมกับมีอาการปวดเมื่อยน่องที่เกิดขึ้น
หลังเดินได้ประมาณ 1 กิโลเมตรในหญิงสูงอายุรายนี้ เป็นลักษณะอาการที่พบในภาวะที่เรียก
intermittent claudication of the cauda equina ชื่อนี้ นายแพทย์ Blau และศาสตราจารย์
นายแพทย์ Valentine Logue รายงานไว้เป็นครั้งแรกในปีค.ศ. 1961 (เอกสารหมายเลข 1)
ผู้รายงานออกตัวในรายงานว่า ถึงแม้ cauda equina จะไม่เขยง (limp) ได้เหมือนขาโดย
หมายถึงภาวะ leg claudication จากขาดเลือดเพราะหลอดเลือดแดงตีบ แต่เขาเห็นว่าเป็นชื่อที่
เหมาะสมเพราะเขาเชื่อว่ารากประสาทเหล่านั้นขาดเลือดขณะที่ผู้ป่วยเดิน เนื่องจากมีหมอนรอง
กระดูกสันหลัง (lumbar disc) โป่งออกตรงกลาง (central protrusion) Blau และ Logue
ยังได้พูดถึง Dejerine แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยาชาวฝรั่งเศสเมื่อต้นศตวรรษที่ผ่านมา
ว่า Dejerine เคยรายงานภาวะ intermittent claudication of the spinal cord ไว้เมื่อปี ค.ศ.
1911 เขาทั้งสองจึงเลือกใช้ชื่อนี้

ในปัจจุบันกลุ่มอาการจาก cauda equina ผิดปกติเป็นที่รู้จักกันดีมากขึ้น
เพราะมีรายงานเพิ่มขึ้นมาก ส่วนมากเป็นผลจากกระดูกหลังและหมอนรองกระดูกเสื่อมและ
โป่งยื่นเข้าไปใน lumbar spinal canal ทำให้เกิดมี lumbar canal stenosis นอกจากนี้ก็มี
รายงานกลุ่มอาการนี้ในผู้ป่วยด้วยโรค ankylosing spondylitis ผู้ป่วยที่มี intermittent
claudication of the cauda equina มักจะมีอายุ 50 ปีขึ้นไป บางรายอาจจะเคยมีอาการที่
เรียก sciatica หรือปวดหลังและปวดร้าวจากสะโพกลงไปตามโคนขาด้านหลังและน่องข้างหนึ่ง
ข้างใด แต่พบได้น้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีอาการเพียงปวดเมื่อยหลัง “หลังแข็ง” แล้วเริ่มมี
อาการปวดเมื่อยน่องเวลาเดินพร้อมกับปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง อาการอาจจะรุนแรงไม่เท่ากันทั้ง
2 ข้าง ถ้าเดินมากจะบ่นเมื่อยโคนขา ประวัติแยกได้จาก claudication ที่เกิดจากโรคหลอดเลือด
แดงที่ขาตีบที่มักจะเริ่มมีอาการปวดเมื่อยน่องข้างเดียวและเมื่อหยุดเดินอาการจะดีขึ้นเร็ว
ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ cauda equina อาการจะเป็นอยู่นานหลายนาที่บางครั้งเกือบครึ่ง
ชั่วโมงกว่าอาการปวดเมื่อยและอาการเหน็บขาจะหายไป ในผู้ป่วยที่มี lumbar canal stenosis
และมีอาการจากการเดิน ถ้าหยุดต้องนั่งและก้มตัวไปข้างหน้า บางครั้งอาการขาชาและเมื่อยจะ
หายเร็วขึ้นเพราะการงอหลังอาจช่วยให้ lumbar canal แคบน้อยลง

ยังมีอีกภาวะหนึ่งที่ผู้ป่วยมีอาการขาที่ขาและขาอ่อนแรงหลังเดินคือภาวะที่
ประสาท lumbo sacral plexus ขาดเลือดจากหลอดเลือดแดง pelvic arteries รวมทั้ง
internal iliac arteries ตีบ (เอกสารหมายเลข 6) แต่ในกรณีนี้อาการปวดเกิดที่บั้นเอวและ
ก้นกบบางครั้งในช่องท้องส่วนล่างและมีขาชาเมื่อย่ำล้าผิดกับภาวะจากรอยโรคที่ cauda equina
และเป็นภาวะที่พบได้น้อยกว่ามาก

การตรวจร่างกายผู้ป่วยควรเน้นไปที่ขาโดยเฉพาะการตรวจความรู้สึกเจ็บและ
tendon reflex

ผลการตรวจร่างกาย

PR 66 regular BP 140/80
healthy looking

Legs: Peripheral arterial pulses are present
no wasting of muscles

Muscle power - all 5/5 (including extensor hallucis longus)

| | Ⓜ | ○ | L |
|-----|-------|-------|---|
| SLR | > 60° | > 60° | |
| KJ | + | + | |
| AJ | ± | | - |
| P | ↓ | | ↓ |

no sensory impairment

Lumbar spine movements: slight limitation of extension

อภิปราย (ต่อ)

สัญญาณโรคที่ตรวจพบก็มี reflex ที่ข้อเท้าข้างซ้ายหายไปและข้างขวาน้อยกว่า
ปกติหมายถึง รากประสาท S 1 ทั้ง 2 ข้างผิดปกติ ถ้าสงสัยผู้ป่วยที่มีภาวะ cauda equina
claudication ควรลองให้ผู้ป่วยเดินไปเดินมาสัก 5-10 นาทีหลังตรวจและกลับมาตรวจอีกครั้ง
บางครั้งจะพบว่ามึนกล้ามเนื้ออ่อนแรงไปบ้างโดยเฉพาะ extensor hallucis longus ถ้าราก
ประสาท L 5 ผิดปกติและ reflex ที่เข่า (KJ) อาจหายไปถ้ารากประสาท L 3 และ L 4
ผิดปกติ นอกจากนี้ยังตรวจได้ว่าความรู้สึกเจ็บที่ผิวหนังลดลงเมื่อตรวจด้วยไม้จิ้มฟันปลาย
แหลม

การส่งตรวจด้วย MRI จะให้คำตอบที่ดีที่สุด

การตรวจพิเศษและการรักษา

MRI spine (อาจารย์จิรพร เหล่าธรรมทัศน์) : L 3/4, 4/5
disc degeneration c lumbar canal stenosis

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหลัง (อาจารย์นายแพทย์สุรัชย์ เคารพธรรม) เมื่อมาตรวจ 2 เดือนหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมาก เดินได้คล่องและเดินได้ไกลเดินได้กว่า 1 ชั่วโมงโดยขาไม่ชาและขามีแรงดีไม่ปวดเมื่อยเหมือนก่อนผ่าตัด

ตรวจร่างกายพบ SLR เป็นปกติ KJ และ AJ ก็ปกติ (1+ ทั้งข้างขวาและข้างซ้าย)

อภิปรายเพิ่มเติม

กลไกที่ทำให้เกิดอาการปวดขาและเมื่อยขา รวมทั้งกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงยังไม่พิสูจน์เป็นที่แน่ชัดว่าเป็นอย่างไร แต่ที่ทราบแน่ก็คือ

1) lumbar spinal canal แคบลงเพราะเป็นมาเช่นนั้นแต่กำเนิด และ/หรือมีหมอนรองกระดูกสันหลังบริเวณนั้นเอวเสื่อมและโป่งพองยื่นออกไปทำให้เนื้อที่ๆ รากประสาท cauda equina อยู่มีจำกัดขึ้น

2) อาการเป็นจากรากประสาทเหล่านั้นทำงานไม่เป็นปกติขณะผู้ป่วยยืนและเดินไปสักระยะหนึ่ง และอาการทุเลาจนหายไปเมื่อผู้ป่วยหยุดเดินและนั่งลง รวมทั้งอาการหายเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยนั่งงอตัวไปข้างหน้าเพื่อทำให้เนื้อที่ใน lumbar spinal canal กว้างขึ้น

Blau และ Logue (เอกสารหมายเลข 1 และ 4) เชื่อว่า กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงรากประสาท cauda equina ไม่พอเพียง โดยปกติเวลาคนเราเดินจะมีปริมาณเลือดไปไหลเวียนที่ประสาทไขสันหลังและรากประสาทส่วนเอวนั้นมากขึ้น หรือถ้าเราออกกำลังกล้ามเนื้อส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายไม่ว่าแขนหรือขา ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปที่ประสาทไขสันหลังและรากประสาทส่วนที่ "รับผิดชอบ" กล้ามเนื้อที่ทำงานนั้นก็เพิ่มขึ้น ในกรณีที่มี lumbar spinal stenosis หรือมี lumbar spondylosis หลอดเลือดไม่สามารถขยายตัวเพื่อให้เลือดที่ไหลเวียนไปเพิ่มขึ้นได้ จึงเกิดมีอาการรากประสาทขาดเลือด

ถ้ากลไกเป็นจากการกดหรือดึงรากประสาทโดยตรงก็น่าแปลกที่ไม่มีอาการปวดเหมือนที่เกิดขึ้นในกรณีหมอนรองกระดูกหลังโป่งไปกดรากประสาททำให้มี sciatica ผมคิดว่า กลไกที่ทำให้เกิดอาการจึงน่าจะเป็นการขาดเลือดชั่วคราว (intermittent ischaemia) มากกว่า การเรียกภาวะนี้ว่าเป็น intermittent claudicatin of the cauda equina จึงเหมาะสมดี

ผมพบผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เพิ่มขึ้นเพราะผู้สูงอายุมีมากขึ้น แพทย์บางคนที่ไม่ทราบถึงโรคนี้มักให้การวินิจฉัยผิดว่าเป็น polyneuropathy โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีโรคเบาหวานร่วมอยู่ด้วยผมไม่ส่งผู้ป่วยไปรับการผ่าตัดทุกราย ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่มากก็จะแนะนำไม่ให้เดินมาก ให้เดินไปพักไปบ้าง บางรายก็ใช้ lumbar support และถ้าเดินแล้วมีอาการก็แนะนำให้นั่งลงและ งอตัวไปข้างหน้าสักพักหนึ่ง ผู้สนใจเรื่องการรักษาอาจหาอ่านเพิ่มเติมได้จากเอกสารหมายเลข 7 สุดท้าย ผมขอแนะนำเอกสารหมายเลข 8 ซึ่งเป็นบทความล่าสุดสำหรับเป็นแนวทางให้อายุรแพทย์ได้ทราบถึงโรคกระดูกไขสันหลังและหมอนรองกระดูกช่วงทรงอกและช่วงเอวที่อาจจะต้องรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งรวมถึง Lumbar spinal stenosis ด้วย

แนะนำเอกสาร

- 1) Blau JN, Logue V. Intermittent claudication of the cauda equina. An unusual syndrome resulting from central protrusion of a lumbar intervertebral disc. Lancet 1961; i: 1081-6.
- 2) Jennett WB. A study of 25 cases of compression of the cauda equina by prolapsed intervertebral discs. J Neurol Neurosurg Psychiat 1956; **19**: 109-16.
- 3) Kavanagh GJ. Pseudoclaudication syndrome produced by compression of the cauda equina. JAMA 1968; **206**: 2477-81.
- 4) Blau JN, Logue V. The natural history of intermittent claudication of the cauda equina. A long term follow-up study. Brain 1978; **101**: 211-22.
- 5) Shaw PJ, Allcutt DA, Bates D, Crawford PJ. Cauda equina syndrome associated with multiple lumbar arachnoid cysts in ankylosing spondylitis: improvement following surgical therapy. J Neurol Neurosurg Psychiat 1990; **53**: 1076-9.
- 6) Wohlgemuth WA, Rottach KG, Stoehr M. Intermittent claudication due to ischaemia of the lumbosacral plexus. J Neurol Neurosurg Psychiat 1999; **67**: 793-5.
- 7) Onel D, Sari H, Donmez C. Lumbar spinal stenosis; clinical-radiologic therapeutic evaluation in 145 patients, conservative treatment or surgery? Spine 1993; **18**: 291-8.
- 8) Patel N. Surgical disorders of the thoracic and lumbar spine : A guide for neurologists. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; **73 (Suppl 1)**: i42-i48.