

4

“ผู้ป่วยต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เห็นภาพซ้อน”

ผู้ป่วยหญิงไทยโสดอายุ 26 ปี บ้านอยู่ กทม.

อาการสำคัญ

เห็นภาพซ้อนมา 4 เดือน

6 เดือนก่อนมา รพ. ขณะทำงานอยู่ที่สิงคโปร์ สังเกตว่าน้ำหนักตัวลดลงไป 7 กิโลกรัม ทั้งๆ ที่กินอาหารได้ดีและรู้สึกร้อนผิดปกติ ได้ไปพบแพทย์ตรวจทราบว่าเป็นพิษต่อมไทรอยด์เป็นพิษ แพทย์เริ่มรักษาด้วย methimazole ต่อมาไม่นานสังเกตเห็นภาพซ้อน โดยภาพเหลื่อมเป็นสองในระดับเดียวกัน และหนังตาซ้ายตก ผู้ป่วยกลับมาเมืองไทย แพทย์จึงแนะนำมารักษาต่อ

ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนอาหารได้ดี แขนขามีแรงเป็นปกติแต่บางครั้งถ้านั่งยองๆ จะลุกขึ้นลำบาก

อภิปราย

ผู้ป่วยต่อมไทรอยด์เป็นพิษอาจเห็นภาพเป็นสองภาพได้ถ้ามีตาโปนหรือ ophthalmopathy เพราะตาทั้ง 2 ข้างอาจโปนออกไม่เท่ากันหรือกล้ามเนื้อที่ใช้กลอกตาบวมหรือโตขึ้นไม่เท่ากันทำให้กล้ามเนื้อแต่ละคู่ที่ต้องประสานงานกันผิดปกติ นอกจากนี้กล้ามเนื้อกลอกตาอ่อนแรงเพราะผู้ป่วยมีโรค myasthenia gravis (MG) ร่วมด้วย ในกรณีผู้ป่วยรายนี้คงทำนายได้ว่ามีโรค MG ด้วย เพราะมีหนังตาซ้ายตก (ptosis) การตรวจร่างกายคงจะทำให้การวินิจฉัยแน่นอนขึ้น

ผลการตรวจร่างกาย

Wt. 57 kgs Ht. 168 cms PR 78 BP 120/80

slight proptosis of ® eye

1° ptosis L

EOM's : slight ◯L LR and SR paresis

orb oc. 4/5 4/5

sternomastoids and limb muscles : normal power

DTR's : present

อภิปราย (ต่อ)

การตรวจพบว่ามี ptosis ที่ตาซ้ายซึ่งไม่มี proptosis ประกอบกับพบมี weakness ที่ external ocular muscles และ orbicularis oculi ทำให้แน่ใจได้ว่าผู้ป่วยมี MG ผู้ป่วยไม่มีสัญญาณโรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ

ถ้าทำ Tensilon test ให้ผลบวก ส่งเลือดหา acetyl choline receptor (AchR) antibody และส่งทำ MRI chest ก็จะช่วยการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาได้สมบูรณ์

ผลการตรวจพิเศษ

Tensilon test +ve
serum AChR antibody 0.18 nmol/L (normal < 0.25, equivocal = 0.25-0.40,
reactive = > 0.40)

PA chest xray : normal

MRI chest : small anterior mediastinal soft tissue mass, size 2 x 4 x 6.5
cms.

compatible with thymic hyperplasia

serum CPK 21 (normal 20-192)

Free T₄ 2.95 ng/dl (normal 0.93-1.7)

T₃ 166.9 ng/dl (normal 84-201.8)

TSH < 0.005 uIU/ml

ผลการตรวจไทรอยด์ 3 เดือนก่อน

serum T₄ 236 (normal 55-160 nMol/L)

T₃ 1.9 (1.2-3.3)

FTI 244 (50-180 nMol/L)

อภิปรายเพิ่มเติม

Edrophonium หรือ Tensilon test ให้ผลบวก ก็ยืนยันการวินิจฉัยโรค MG ส่วน AchR antibody ในเลือดพบในผู้ป่วยร้อยละ 87 MRI chest ของผู้ป่วยมี thymic hyperplasia ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยหญิงสาวอายุขนาดผู้ป่วยรายนี้ ที่จริง MG เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยนัก ความชุกหรือ prevalence อยู่ประมาณ 25-150 ต่อประชากร 1 ล้านคน (เอกสารหมายเลข 1 ถึง 3) ในขณะที่โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (HT) พบได้บ่อยกว่ามาก คือ ร้อยละ 1.9 ในผู้หญิงและร้อยละ 1.6 ในผู้ชาย (เอกสารหมายเลข 4) ผู้ป่วยที่มีโรคทั้งสองอยู่ร่วมกันมีมากกว่าเป็นการบังเอิญ โดยผู้ป่วย HT ร้อยละ 1 มี MG ร่วมด้วยและผู้ป่วย MG ร้อยละ 3 เป็นโรค HT ด้วย ในประเทศไทยศาสตราจารย์แพทย์หญิงดิษยา รัตนกรและผมเพิ่งรวบรวมผู้ป่วย MG ที่ผมดูแลรักษาระหว่างปี ค.ศ. 1969 ถึง 1990 รวม 291 ราย พบผู้ป่วยไทยถึง 51 รายที่เป็น HT ร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 17.5 มากกว่าผู้ป่วยชาวตะวันตกเกือบ 6 เท่า (เอกสารหมายเลข 5) นอกจากนี้เรายังวิเคราะห์ผู้ป่วยที่มีทั้ง MG & HT จำนวน 34 รายที่รับการรักษาทันที 2 โรคพร้อมๆกันพบว่า มี 13 รายที่รักษาด้วย prednisolone ในขนาดมาก (HDP) 100-120 มิลลิกรัมวันเว้นวันอย่างเดียว มี 11 รายที่รักษาด้วย HDP และ/หรือยากดภูมิคุ้มกันอื่น + ยาต้านไทรอยด์ และมี 10 รายที่ได้รับยาต้านไทรอยด์เพียงอย่างเดียว ทุกรายได้รับยาแก้อาการกล้ามเนื้ออ่อนแอจาก MG ด้วย anticholinesterase – pyridostigmine หรือ Mestinon ในจำนวน 34 รายที่กล่าว มี 10 รายที่ได้รับการผ่าตัดเอาต่อมไทมัสออก (Ty) เราพบว่าการใช้ HDP อย่างเดียวสามารถทำให้ทั้งโรค MG และโรค HTสงบได้ ในขณะที่ Ty สามารถลดไม่ให้เกิด MG กลับมาอีกในรายที่ใช้ HDP แล้วหยุดยาและโรค MG กลับเป็นมาอีก แต่การผ่าตัด Ty ไม่มีผลต่อ HT

ในกรณีผู้ป่วยรายนี้ผมใช้ Prednisolone โดยเริ่มให้ยา 15 มิลลิกรัมวันเว้นวันและค่อยๆเพิ่มทุกสัปดาห์เป็น 30, 40, 50 และ 60 มิลลิกรัม พบว่า ผู้ป่วยเริ่มกลอกตาได้ดีขึ้นจนเป็นปกติหลังจากได้ยา 50 มิลลิกรัมวันเว้นวันในสัปดาห์ที่ 4 แต่หนึ่งตาข้างซ้ายยังคงอยู่จนเมื่อได้ยาขนาด 60 มิลลิกรัม วันเว้นวันอยู่ 4 สัปดาห์ ตาซ้ายจึงลืมได้เป็นปกติ ผมคงขนาดยาอยู่จนผู้ป่วยได้ยาตั้งแต่เริ่มแรกครบ 6 เดือนจึงค่อยๆลดขนาดยาลงเหมือนช่วงที่เพิ่ม และค่อยๆลดลงไปเรื่อยๆจนขณะนี้ผู้ป่วยเพิ่งได้ยาครบ 18 เดือน และได้ยาเพียง 10-15 มิลลิกรัม ตาก็เป็นปกติ ส่วนยารักษา HT ได้หยุดไปหลังผู้ป่วยได้รับยาครบ 18 เดือนผลการตรวจ serum T₄ T₃ และ TSH ก็เป็นปกติดี ผมก็คงจะติดตามผู้ป่วยรายนี้ต่อไปและถ้ามีโอกาสก็จะแจ้งให้ทราบในหนังสือที่จะเขียนในภายหน้า !

แนะนำเอกสาร

- 1) Osserman KE, Genkins G. Studies in myasthenia gravis: review of a twenty-year experience in over 1200 patients. Mt Sinai J Med 1971; **38**: 497-537.
- 2) Grob D. Natural history of myasthenic gravis. In: Myasthenia Gravis and Myasthenic Disorders. Ed. Engel AG. Oxford University Press. Oxford. 1999; pp. 131-45.
- 3) Robertson NP, Deans J, Compston DAS. Myasthenia gravis: a population based epidemiological study in Cambridgeshire, England. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1998; **65**: 492-6.
- 4) Tunbridge WM, Evered DC, Hall R, Appleton D, Brewis M, Clark F, et al. The spectrum of thyroid diseases in a community: the Wickham survey. Clin Endocrinol (Oxf). 1977; **7**: 481-93.
- 5) Ratanakorn D, Vejjajiva A. Long-term follow-up of myasthenia gravis patients with hyperthyroidism. Acta Neurol Scand 2002; **106**: 93-8.