

# 8

## “หญิงสาวสะอึก ตามัวและเดินเซ”

หญิงไทยคู่อายุ 26 ปี แม่บ้านจากจังหวัดสมุทรสาคร

### อาการสำคัญ

ตามัวและเห็นภาพซ้อนมา 3 วัน

1 เดือนก่อนมา รพ. ผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้งและเริ่มสะอึก ผู้ป่วยพยายามใช้วิธีต่างๆ เช่น กลืนหายใจ ดื่มน้ำ แต่ไม่หายสะอึก อาการเป็นติดต่อกันอยู่ 7 วันก็หยุดไปเอง 3-4 วันต่อมาผู้ป่วยสังเกตเห็นว่าเวลาลุกขึ้นยืนมีหน้ามืด ขาข้างขวาเริ่มตึงๆ และเวลาเดินมักจะเซไปทางขวาพร้อมๆ กันรู้สึกหน้าทั้ง 2 ซีกชา อาการชาเป็นตลอดเวลา

3 วันก่อนมา รพ. ตาทั้ง 2 ข้างมัวและเห็นภาพซ้อน ผู้ป่วยลองปิดตาข้างหนึ่งจะเห็นชัดขึ้นและภาพซ้อนหายไป เวลาเดินจะโคลงเคลง

ไม่มีประวัติเคยเจ็บป่วยร้ายแรงมาก่อน

มีประวัติทานยาคุมกำเนิดมา 5 ปี

### อภิปราย

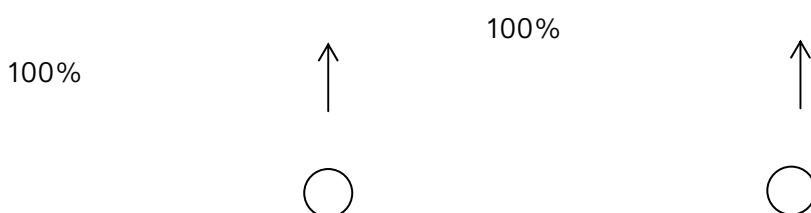
ถ้าผู้ป่วยรายนี้มาหาแพทย์เมื่อเริ่มไม่สบายและมีอาการสะอึกเพียงอย่างเดียว แพทย์หลายคนอาจจะไม่นึกถึงโรคระบบประสาท ซึ่งที่จริงแล้วอาการสะอึกอาจเป็นอาการเริ่มต้นที่นำผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ก้านสมองมาหาแพทย์ ผู้ป่วยรายนี้มีตาเห็นภาพซ้อนที่หายไปเวลาปิดตาข้างหนึ่ง บ่งว่ากล้ามเนื้อตาทั้ง 2 ข้างทำงานไม่ประสานกัน ในรายนี้ก็ทำให้คิดว่าประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อตา เช่น ประสาทคู่ที่ 6 ซึ่งตัวนิวเคลียสอยู่ที่ pons และประสาทที่ประสานการทำงานของประสาทเส้นที่ 3 ข้างหนึ่งกับเส้นที่ 6 อีกข้างหนึ่งหรือ medial longitudinal fasciculus (MLF) ทำงานไม่ปกติก็อยู่ที่ pons เช่นกัน เช่นเดียวกับหน้าขาทั้ง 2 ซีกผู้ป่วยรายนี้จึงมีรอยโรคอยู่ที่ pons ส่วนอาการตามัวยังบอกไม่ได้ว่าเกิดจากมีรอยโรคที่ optic nerve ด้วยหรือไม่ เพราะปกติคนที่เห็นภาพซ้อนมักจะบอกว่าตามองเห็นไม่ชัดหรือมัว เมื่อปิดตาข้างหนึ่งเห็นชัดดี ดังกรณีผู้ป่วยรายนี้ สรุปประวัติน่าจะบอกได้แน่ชัดว่าผู้ป่วยมีรอยโรคที่ brain stem ซึ่งก็จะอธิบายอาการ ขาเกร็งๆ และเดินโคลงเคลงด้วย ผลการตรวจร่างกายทางระบบประสาทจะทำให้การวินิจฉัยโรคชัดเจนขึ้น

### ผลการตรวจร่างกาย

alert, normal speech

Fundi : normal      VAR 20/40      VAL 20/40

no ptosis





อาการสะอึกหรือ hiccup (ไม่ใช่ hiccough ดังที่บางคนเข้าใจผิด - เอกสารหมายเลข 1) เกิดขึ้นเพราะกล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragm) และกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงเวลาหายใจเข้า (inspiratory intercostal muscles) เกิดหดตัวอย่างแรงพร้อมกันในขณะที่ glottis ปิดหลังจากกล้ามเนื้อเหล่านั้นหดตัวได้ประมาณ 30 milli-seconds จึงทำให้เกิดเสียงสะอึกตามมา อาการสะอึกอาจจะเป็นทั้งวันทั้งคืนขณะนอนหลับก็ได้ สะอึกมักจะเกิดขึ้นประมาณ 15-30 ครั้งต่อนาที ถ้าให้ผู้ป่วยกลืนหายใจหรือสูดคาร์บอนไดออกไซด์เพื่อเพิ่ม PaCO<sub>2</sub> อาการสะอึกจะห่างไปหรือหยุดไปได้ ในขณะที่การลด PaCO<sub>2</sub> จะไม่ทำให้สะอึกบ่อยขึ้นแต่เพิ่ม amplitude (เอกสารหมายเลข 2) ถ้ามีรอยโรคที่ก้านสมองส่วน medulla บริเวณ nucleus tractus solitarius ทำให้เกิดอาการสะอึกดังในกรณีผู้ป่วยรายนี้ เพราะฉะนั้นแพทย์จึงควรนึกถึงสาเหตุที่เกิดจากก้านสมองบริเวณดังกล่าวผิดปกติด้วย นอกจากสาเหตุที่พบได้บ่อยๆ จากช่องท้องและทรวงอกส่วนล่างบริเวณกะบังลมและภาวะไตวาย เนื่องจากผู้ป่วยที่สะอึกส่วนมากไม่ได้มีโรคอะไรร้ายแรง คนเราจึงเรียนรู้วิธีระงับอาการกันด้วยวิธีต่างๆ กันมาตั้งแต่โบราณกาล Plato ปราชญ์ชาวกรีกแนะนำให้ใช้อะไรบางอย่างจุ่มให้จาม ตั้งแต่ 416 ปีก่อนคริสตกาล บางคนใช้ล้างคอหรือกระตุ้น pharynx บางคนแนะนำให้ดื่มน้ำเย็นบ้าง ให้หายใจเข้าออกในถุงกระดาษบ้าง วิธีเหล่านี้บางครั้งได้ผลแต่บางครั้งก็ไม่ได้ผล ปัจจุบันยาที่ให้ผลดีที่สุดก็คือ baclofen กินเพียง 10 mg ก็มักจะหาย

ในปี 1987 Birkhead และ Friedman เป็นผู้รายงานอาการสะอึกและอาเจียนเป็นอาการเริ่มแรกที่นำผู้ป่วย MS มาหาแพทย์ (เอกสารหมายเลข 3) ถึงแม้จะมีรายงานก่อนหน้านี้ (เอกสารหมายเลข 4) ถึงผู้ป่วยด้วย MS ที่มีดังกล่าวแต่ผู้ป่วยมีอาการอื่นๆ ด้วย รายงานยังระบุว่าผู้ป่วย 1 รายที่ใช้ยา carbamazepine หยุดสะอึกได้ผลดีมาก ต่อมาก็มียารายงานอื่นอีก เช่น Funakawa และคณะ รายงานผู้ป่วย MS สะอึกไม่หยุดร่วมกับมี sleep apnoea (เอกสารหมายเลข 5) Chang และคณะ รายงานภาพ MRI ผู้ป่วยสะอึกไม่หยุดมี plaque ที่ medulla ในปี ค.ศ. 1994 (เอกสารหมายเลข 6) เมื่อเร็วๆ นี้ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิพรรณ วิฑูรพัฒนชัย แพทย์หญิงบุษยาภิรมย์ใหม่ และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุพจน์ ตูลยาเดชานนท์ จากรามาธิบดี ก็ได้รวบรวมผู้ป่วย MS ที่มีอาการสะอึกเป็นอาการนำจำนวน 4 รายรายงานไว้เช่นกัน (เอกสารหมายเลข 7)

สิ่งที่ควรทราบเพิ่มเติมเกี่ยวกับ MS ที่รอยโรคเกิดที่บริเวณ medulla ก็คือผู้ป่วยอาจมาหาแพทย์ด้วยอาการนำท่วมปอดหรือ pulmonary oedema ได้ (เอกสารหมายเลข 8 ถึง 13) เชื่อว่ารอยโรคที่ nucleus tractus solitarius ส่วนล่าง ที่ dorsal motor nucleus ของประสาท vagus และที่ medial reticular formation ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมการทำงานของหัวใจ ความดันเลือดทั่วไปและ hydrostatic pressure ของปอด ทำให้เกิดอาการดังกล่าว

MS เป็นโรคที่พบได้น้อยในภูมิภาคเอเชีย แต่นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ที่ผมรายงานผู้ป่วยไทยรายแรกที่พิสูจน์ได้แน่ทางพยาธิวิทยาว่าเป็น MS (เอกสารหมายเลข 14) และรายงานต่อมา (เอกสารหมายเลข 15 ถึง 18) จนปัจจุบันผมมีความเชื่อว่าโรคนี้เกิดบ่อยขึ้นกว่าเดิมถึงแม้จะไม่มีการศึกษาทางวิทยาการระบาดให้เห็นแน่ชัดเช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันซึ่งเมื่อ 40 ปีก่อนพบน้อยมาก อาจจะมีโรคทั้งสองเป็นโรคเหตุความสับสน (เอกสารหมายเลข 19) น่าจะไม่ผิด !

### แนะนำเอกสาร

1) Pearce JMS. A note on hiccups. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74: 1070.

2) Newsom-Davis J. An experimental study of hiccup. Brain 1970; 93: 851-72.

- 3) Birkhead R, Friedman JH. Hiccups and vomiting as initial manifestations of multiple sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1987; **50**: 232-3.
- 4) McFarling DA, Susac JO. Hoquet diabolique: intractable hiccups as a manifestation of multiple sclerosis. Neurology 1979; **26**: 797-801.
- 5) Funakawa I, Hara K, Yasuda T, Terao A. Intractable hiccups and sleep apnoea syndrome in multiple sclerosis: report of two cases. Acta Neurol Scand 1993; **88**: 401-5.
- 6) Chang Y-Y, Wu H-S, Tsai T-C, Ling J-S. Intractable hiccup due to multiple sclerosis: MR imaging of medullary plaque. Canad J Neurol Sci 1994; **21**: 271-2.
- 7) Witoonpanich R, Pirommai B, Tunlayadechanont S. Hiccups and multiple sclerosis. J Med Assoc Thai 2004; **84**: 1168-71.
- 8) Simon RP, Gean-Marton AD, Sander JE. Medullary lesion inducing pulmonary oedema: a magnetic resonance imaging study. Ann Neurol 1991; **30**: 727-30.
- 9) Gentiloni N, Schiavino D, Della CF, Ricci E, Colosimo C. Neurogenic pulmonary oedema: a presenting symptom in multiple sclerosis. Ital J Neurol Sci 1992; **13**: 435-8.
- 10) Simon RP. Neurogenic pulmonary oedema. Neurol Clin 1993; **11**: 309-23.
- 11) Crawley F, Saddeh I, Barker S, Katifi H. Acute pulmonary oedema: presenting symptom of multiple sclerosis. Mult Scler 2001; **7**: 71-2.
- 12) Summerfield R, Tubridy N, Sinker A, Banner NR, Peatfield RC. Pulmonary oedema with multiple sclerosis. J R Soc Med 2002; **95**: 401-2.
- 13) van de Beek MT, Taal W, Veldkamp RF, Vecht CJ. A woman with multiple sclerosis and pink saliva. Lancet Neurol 2003; **2**: 254-5.
- 14) Vejjajiva A. Demyelinating diseases in Thailand. Clin Neurol (Japan) 1970; **10**: 36-40.

- 15) Vejjajiva A. Some clinical aspects of multiple sclerosis in Thai patients. In: Multiple Sclerosis East and West. Eds. Kuroiwa Y, Kurland LT. Kyushu University Press. Fukuoka. 1982; pp. 117-21.
- 16) Vejjajiva A. Multiple sclerosis in Thailand. Neurol J Southeast Asia 1997;2: 7-10.
- 17) Kira J. Multiple sclerosis in the Japanese population. Lancet Neurol 2003; 2: 117-27.
- 18) Ebers G. Multiple sclerosis. In: Horizons in Medicine 15. Updates on major clinical advances. Ed. Weber J. Royal College of Physicians of London. 2003; pp. 65-72.
- 19) สมชัย บวรกิตติ, อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. โรคที่ป้องกันได้ – โรคเหตุความผิดปกติ  
วารสารราชบัณฑิตยสถาน 2547; 29: 282.