

รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ: Medial Medullary Syndrome

นพ. อธิภาพ กิจจาวิจิตร,

พญ. อรุณา ชุตินันทร,

ศ.พญ. นิจศรี ชานนรงค์

สาขาวิชาประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Teeraparp Kijavijit, M.D.,

Aurauma Chutinet, M.D.,

Nijasri Charnnarong, M.D.

Division of Neurology, Department of Medicine

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

King Chulalongkorn Memorial Hospital,

Thai Red Cross

Corresponding Author:

Aurauma Chutinet, M.D.

Division of Neurology, Department of Medicine

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

King Chulalongkorn Memorial Hospital,

Thai Red Cross

Bangkok 10330, Thailand

E-mail: aurauma@yahoo.com

รายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ

ผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี

อาการสำคัญ แขนขาอ่อนแรง 4 ขม ก่อนมารพ.

ประวัติปัจจุบัน

11 ชม ก่อนมา รพ. ขณะกำลังกดโทรศัพท์มือถือด้วยมือซ้าย รู้สึกชาที่มือซ้าย แต่ยังถือแก้วน้ำได้ หลังจากนั้นก็เดินเข้าไปนอนพัก

4 ชม ก่อนมารพ. ตื่นนอนตอนเช้า ลุกขึ้นนั่งเองได้ แต่พอลุกขึ้นยืนจะเดินมีอาการเซไปทางด้านซ้าย ขยับแขนขาซ้ายลำบาก พูดไม่ชัดญาติมาพบว่ามีปากเบี้ยวทางด้านซ้าย จึงพาผู้ป่วยมา รพ.

ประวัติอดีต

ความดันโลหิตสูง

โรคนอนกรน ใช้เครื่องช่วยหายใจ Bipap ช่วงนอน

ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่, ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดทุกชนิด

ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

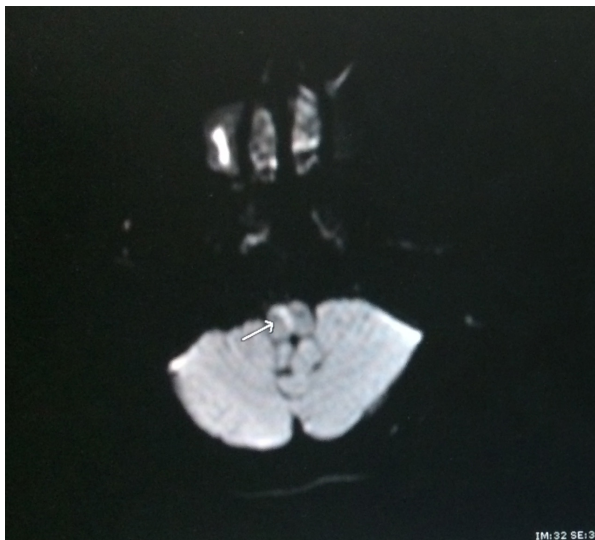
ตรวจร่างกาย

PR 80 /min (regular), BP 140/90 mmHg , No carotid bruit, Heart and lung normal neurological examination: left facial weakness (UMN), left hemiparesis grade IV with pronator drift Lt , normal tone, sensory decrease pinprick sensation Lt side , cerebellar sign: intact

Discussion

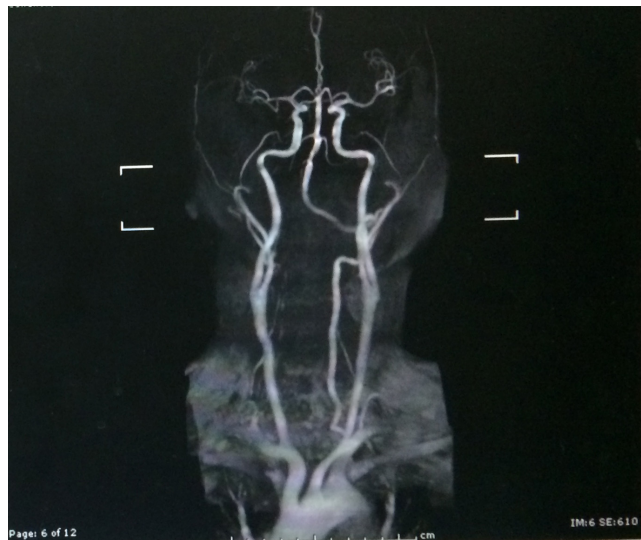
ผู้ป่วยรายนี้มีประวัติและตรวจร่างกายพบ left facial weakness (UMN), left hemiparesis, left hypoesthesia คิดถึงรอยโรคเล็กๆ ตั้งแต่ lower brainstem ขึ้นไปจนถึง subcortical area โดยอาการเป็นขึ้นมาอย่างเฉียบพลัน น่าจะเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ทำ emergency non-contrasted CT brain ไม่พบเลือดออกในสมองและไม่พบความผิดปกติอื่นๆ ต่อมาได้ทำ MRI และ MRA พบ Acute infarction at Rt paramedian of medulla , plaque cause mild stenosis of Lt distal vertebral artery and proximal and mid portion of basilar artery, mild stenosis of Rt MCA and P2 of bilateral PCA

การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายนี้คือ Medial medullary syndrome



รูปที่ 1

รูปที่ 1 MRI restrict diffusion - acute infarction at Rt paramedian of medulla



รูปที่ 2

รูปที่ 2 MRA mild stenosis at Lt distal vertebral artery and proximal and mid portion of basilar artery

ผู้ป่วยรายที่สอง

ผู้ป่วยชาย อายุ 62 ปี

อาการสำคัญ เข้าไปทางด้านซ้าย 4 วัน ก่อนมารพ.

ประวัติปัจจุบัน

4 วันก่อนมารพ. ขณะกำลังยืนอยู่รู้สึกขาไปทางด้านซ้าย โคลงเคลง มีอาการเวียนศีรษะ ไม่มีอาการอ่อนแรง นิ่งพักประมาณ 5 นาที อาการดีขึ้น ยังทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

2 วัน ก่อนมารพ. ขณะนั่งอยู่รู้สึกว่าขาไปทางซ้าย อาการคล้ายเดิมหนึ่งหลับตา 20 นาที อาการดีขึ้น

3 ชม ก่อนมารพ. ขณะกำลังนั่งปุกระเบื่องรู้สึกโคลงเคลง เข้าไปทางด้านซ้าย และมีแขนขาซ้ายอ่อนแรงร่วมด้วย คลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง เวียนศีรษะบ้านหมุน เห็นภาพกระตุก จึงมา รพ.

ประวัติอดีต

โรคความดันโลหิตสูง 3 ปี ได้รับยา amlodipine 5 มิลลิกรัมต่อวัน ขาดยามาประมาณ 5 เดือน

ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่, ดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดทุกชนิด

ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว

ตรวจร่างกาย

PR 90 /min (regular), BP 150/90 mmHg, no carotid bruit, Heart and lung normal neurological examination: limited right medial rectus 80%, Rt horizontal nystagmus, no ptosis, no facial weakness, uvula and tongue in midline, gag reflex positive motor power: left hemiparesis grade IV with pronator drift Lt, normal tone sensory: left hemihypoesthesia, proprioception intact , Reflex 2 + all, negative long tract sign Cerebellar sign - impaired Finger to nose left side, impaired rapid alternating left side

Discussion

ผู้ป่วยมาด้วย recurrent episode of ataxia to the left ร่วมกับมีอาการเวียนศีรษะ ตรวจร่างกายพบความผิดปกติได้แก่ mild degree of motor weakness Lt , Lt hemihypoesthesia , cerebellar hemisphere Lt น่าจะมีพยาธิสภาพที่ cerebellar connection pathway โดยนึกถึงรอยโรคใน brainstem โดยอาการเกิดขึ้นเร็ว เป็นแล้วหายและมีประวัติเป็นซ้ำ ทำให้นึกถึงสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

ผู้ป่วยรายนี้ทำ CT ไม่พบเลือดออกในสมองและไม่พบความผิดปกติอื่นๆ ต่อมาได้ทำ MRI และ MRA พบ Acute right medial medullary infarction. Moderate

irregular narrowing of bilateral intracranial ICAs , left VA and BA. Focal dilatation of distal left VA, sized 5.2 mm. Short segment of signal loss at origin of

right VA, propably focal stenosis

การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายนี้คือ Medial medullary syndrome



รูปที่ 1



รูปที่ 2

รูปที่ 1 MRI: restrict diffusion - acute right medial medullary infarction

รูปที่ 2 MRA: Moderate irregular narrowing of bilateral intracranial ICAs , left VA and BA. Focal dilatation of distal left VA, sized 5.2 mm. Short segment of signal loss at origin of right VA, propably focal stenosis

Medial medullary syndrome of Dejerine

เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการขาดเลือดบริเวณ paramedian ของ medulla ซึ่งเกิดเนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดแดง vertebral หรือ anterior spinal รวมถึงแขนงต่างๆ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ถูกค้นพบมานานกว่า 100 ปี โดย Spiller และ Dejerine มีลักษณะเด่น 3 ประการ คือ อาการอ่อนแรงของแขนและขาตรงข้ามกับรอยโรค โดยมักไม่มีอาการอ่อนแรงบริเวณใบหน้า (contralateral hemiplegia sparing the face), อาการชาของร่างกายด้านตรงข้าม (contralateral loss of sensation) และ การอ่อนแรงที่ลิ้นซึ่งทำให้ลิ้นเฉไปด้านที่มีรอยโรค (ipsilateral hypoglossal paralysis) ผลตรวจชิ้นเนื้อมักพบการอุดตันของหลอดเลือดแดง anterior spinal หรือ หลอดเลือดแดง vertebral

จากการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะ medial medullary infarction ในปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 3:1) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 62 ปี (ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 34- 87 ปี) โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบได้แก่ ความ

ดันโลหิตสูงร้อยละ 83 เบาหวานร้อยละ 50 สูบบุหรี่ร้อยละ 50 ไช้เส้นในเลือดสูงร้อยละ 24 และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 2

อาการที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการอ่อนแรงพบร้อยละ 90 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น hemiparesis ส่วน facial weakness มักเป็นด้านตรงข้ามกับที่มีพยาธิสภาพเนื่องจากโดน uncrossed corticobulbar fibers ส่วน ipsilateral tongue weakness นั้นจากรายงานพบได้น้อยเนื่องจากพยาธิสภาพมักจะอยู่ที่ rostral paramedian จึงมักจะไม่โดน hypoglossal fascicle/nuclei, อาการอื่นๆที่พบได้บ่อยรองลงมาได้แก่ ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึก ความผิดปกติของการออกเสียง อาการเวียนศีรษะ

Clinical manifestations

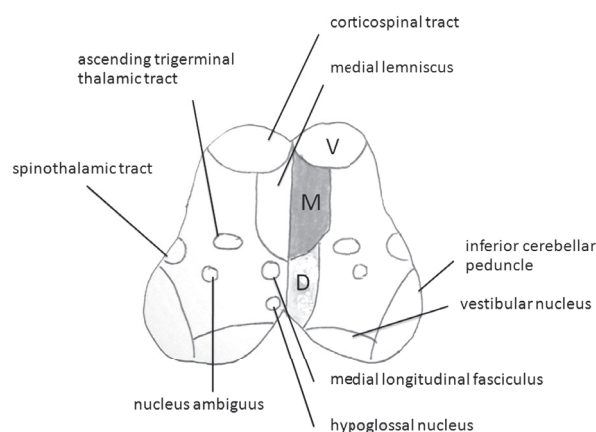
Symptom and signs	
Motor dysfunction	90 %
- Hemiparesis	87 %
- Quadriparesis	10 %
- Monoparesis	3 %
Facial weakness	20 %
Sensory dysfunction	60 %
Limb ataxia	36 %
Dysarthria	54 %
Dysphagia	25 %
Ipsilateral hypoglossal palsy	3 %
Contralateral tongue deviation	9 %
Vertigo/dizziness	51 %
Nausea/vomiting	14 %
Nystagmus	38 %
Diplopia	7 %
Headache	9 %

* ดัดแปลงจาก Medial Medullary Infarction Jong S. Kim, MD, Stroke. 2009;40:3221-3225.

ผู้ป่วย 2 รายที่รายงานมาด้วยความผิดปกติของ motor-sensory ซึ่งปกติมักจะนึกถึงพยาธิสภาพที่ posterior limb of internal capsule หรือ basis pontis แต่พยาธิสภาพที่ medial medulla ก็สามารถพบความผิดปกติแบบนี้ได้บ่อย ส่วนในผู้ป่วยรายที่สอง พบความผิดปกติของ cerebellar hemispheric ataxia ซึ่งจากการรายงานบริเวณ medial medulla นี้สามารถพบ cerebellar sign ได้ถึง 1 ใน 3 ในขณะที่ ipsilateral tongue weakness นั้นจากรายงานพบได้น้อย ซึ่งก็ตรวจไม่พบในผู้ป่วยทั้งสองรายด้วย ส่วน contralateral facial weakness น่าจะเกิดจากโดน uncrossed corticobulbar fibers ซึ่งอาจจะอธิบายจากการเบี่ยงเบนของกายวิภาค

ความผิดปกติของรังสีวินิจฉัย

พบความผิดปกติส่วนใหญ่อยู่บริเวณ rostral medulla ซึ่งส่วนใหญ่มีรอยโรคด้านเดียว (unilateral) แต่ก็มีพบรอยโรคทั้ง 2 ด้าน (bilateral) ได้ประมาณร้อยละ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางรังสีวิทยากับอาการ พบว่าอาการอ่อนแรงสัมพันธ์กับพยาธิสภาพที่บริเวณ ventral ส่วนอาการชาจะสัมพันธ์กับบริเวณ middle การกลอกตาผิดปกติ เช่น nystagmus, skew deviation สัมพันธ์กับบริเวณ dorsal และ middle อาการเวียนศีรษะบ้านหมุนสัมพันธ์กับบริเวณ dorsal และ middle ของ medulla



การตรวจหลอดเลือดสมอง (Angiogram)

ส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เกิดจาก large vessel atherosclerosis ที่หลอดเลือดแดง vertebral หรือบริเวณ vertebrobasilar junction ร้อยละ 30 พบเป็น small vessel disease สาเหตุอื่นๆ ที่พบ เช่น dissection, cardiac embolism, ไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น

Presumed stroke mechanism	
Large vessel disease	60
Small vessel disease	30
Dissection	2
Cardiac embolism	1
Unknown	7

ผู้ป่วยทั้งสองรายวินิจฉัยเป็น Large vessel disease (Atherosclerosis)

การรักษา

รักษาตามสาเหตุที่ตรวจพบ ซึ่งในผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ได้รับการรักษาภาวะ atherosclerosis เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นซ้ำ โดยได้รับยาต้านเกล็ดเลือด และยาลดระดับไขมันในเลือดร่วมด้วย

References

1. Kyoungsub Kim. Mechanism of Medullary Infarction Based on Arterial Territory Involvement, J Clin Neurol 2012;8:116-122.
2. Jong S. Kim. Medial Medullary Infarction Clinical, Imaging, and Outcome Study in 86 Consecutive Patients, Stroke. 2009;40:3221-3225.
3. J.S. Balami. Stroke syndromes and clinical management, Q J Med 2013; 106:607-615.