

รายงานผู้ป่วย

Adie's syndrome

สมชาย คำพะนาง*

อรุณี เลิศชวณะกุล*

Companang S, Lertchavanakul A. Adie's syndrome. Chula Med J 1987 Jul; 31(7): 567-571

A case of Adie's syndrome presented with unilateral dilated pupil which did not react to light but reacted to near vision. The diagnosis was made from the history, the absent knee and ankle jerks and the pilocarpine supersensitivity test.

Reprint requests : Campanang S, Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publications. February 27, 1987.

Adie's Syndrome คือความผิดปกติที่เกิดที่รูม่านตา (pupil) โดยรูม่านตามีขนาดใหญ่ในภาวะปกติ และไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง แต่อาจมีการตอบสนองต่อระยะใกล้ (light-near dissociation) ร่วมกับความผิดปกติของ accommodation 90% ของผู้ป่วยจะมี deep tendon reflex หายไปหรือลดลง โดยเฉพาะที่ ข้อเท้าและข้อเข่า^(1,2)

Adie เป็นผู้รวบรวมโรคนี้ เป็นคนแรกในปี ค.ศ. 1932

สาเหตุ ยังไม่ทราบแน่นอน^(3,4,5) จากการศึกษาคิดว่า พยาธิสภาพน่าจะอยู่ที่ ciliary ganglion หรือ post-ganglionic fiber (short ciliary nerve)

การวินิจฉัย Adie's Syndrome นี้ นอกจากอาศัยประวัติแล้ว การตรวจร่างกายก็มีความสำคัญมาก ถ้าผู้ป่วยโดยเฉพาะที่เป็นหญิง อายุประมาณ 20-30 ปี (young woman) ตรวจพบมีรูม่านตาขยายใหญ่ข้างเดียว ซึ่งอาจจะเป็นภาวะรุนแรงที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสมองได้ แต่ถ้าตรวจความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างอื่นไม่พบนอกจาก areflexia หรือ hyporeflexia ของข้อเท้าและข้อเข่าแล้วก็ไม่จำเป็นที่จะต้องตรวจหาอย่างอื่นอีก เช่น CT scan, EEG, angiogram ซึ่งจะเสียทั้งเวลาและเงิน รวมทั้งผลแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วยด้วย จากการตรวจง่าย ๆ เช่น deep tendon reflex, weak parasympathomimetic hypersensitivity test^(6,7,8) และ light-near dissociation ก็สามารถวินิจฉัยได้แล้ว นอกจากนี้บางรายพบว่ามีความรู้สึกของกระจกตาลดลงเป็นบางส่วน⁽⁹⁾ หรือพบร่วมกับเหงื่อบริเวณใบหน้าด้านเดียวกันลดลงเป็นบางส่วน⁽¹⁰⁾

การวินิจฉัยแยกโรค รูม่านตาที่ไม่ตอบสนองต่อแสง แต่ยังมี accommodation อยู่บ้างนี้พบในพวก Argyll Robertson pupil จาก Syphilis ได้ แต่รูม่านตามีขนาดเล็ก ซึ่งผิดกับขนาดของรูม่านตาใน Adie's Syndrome ที่มีขนาดใหญ่ และผลตรวจทางน้ำเหลืองก็ให้ผลบวกต่อ VDRL, FTA-ABS ใน syphilis ส่วนในพวกที่ตาถูกกระทบกระแทก แต่มีรูม่านตาขยายใหญ่จะได้ประวัติอุบัติเหตุ และอาจมีอาการแสดงอื่นร่วมด้วยอีก เช่น กระจกตาเคลื่อนที่ (subluxated lens) เป็นต้น หรือในรูม่านตาที่มีขนาดใหญ่และขรุขระมีการติดแน่นต่อเลนส์ จะตรวจพบลักษณะของ

ม่านตาอักเสบ และมีประวัติตาแดง

ในคนไข้บางคนอาจจะใช้ยาขยายม่านตาหยอดทำให้รูม่านตาใหญ่ขึ้นในลักษณะคล้ายกับ Adie's Syndrome ได้ เราสามารถจะตรวจแยกได้โดยใช้ weak parasympathomimetic test ซึ่งจะไม่ตอบสนอง คือ รูม่านตาไม่หดลง

สำหรับการรักษาโรคนี้ให้ Parasympathomimetic ช่วยเพิ่ม accommodation ได้ แต่มีข้อเสีย คือ ทำให้เกิด accommodation spasm เป็นบางครั้ง ซึ่งเกิดขึ้นจาก denervation supersensitivity ของกล้ามเนื้อ ciliary เกิดอาการปวดศีรษะมาก มีบางรายงานพบว่าการให้ anticholinesterase อ่อน ๆ โดยเฉพาะ physostigmine salicylate (eserine 0.06-0.125%) พบว่าได้ผลดีพอสมควร⁽¹¹⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 23 ปี นักศึกษา มาโรงพยาบาลด้วยเรื่อง ตาขวาพร่ามัวเป็นบางเวลานาน 2 เดือน ประวัติการเจ็บป่วย สมัยดีมาตลอด ไม่เคยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ หรือนัยน์ตามาก่อน ไม่มีประวัติการชัก, การมองเห็นภาพซ้อน หรือตาเหล่ ไม่เคยซื้อยามาใช้เองทั้งยาหยอดตาและยารับประทาน จนกระทั่งประมาณ 2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการตาขวาพร่ามัว และมีอาการปวดตาและปวดศีรษะ ซึ่งเป็นมากเวลาอ่านหนังสือหรือทำงานใกล้ ๆ อาการจะดีขึ้นหลังจากการพักผ่อน ไม่เคยต้องใส่ยาแก้ปวดเลย

ตรวจร่างกาย ลักษณะรูปร่าง หญิงไทย สมอายุ แข็งแรง สมบุรณ์ ความดันโลหิต 120/80 ม.ม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ไม่มีตาเหลือง หรือต่อมน้ำเหลืองโต ปอดและหัวใจปกติ ตับ-ม้ามคลำไม่ได้

ตรวจทางระบบประสาท

รู้สึกตัวดี ตอบได้ถูกต้อง กระฉับกระเฉง ไม่พบพยาธิสภาพที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ V / V และไม่พบบริเวณที่มีอาการชา ตรวจพบว่ามี deep tendon reflex ลดลงที่ข้อเท้าและข้อเข่า

การตรวจทางตา

	ตาขวา	ตาซ้าย
ระดับสายตา		
ไกล	20/20	20/20
ใกล้	J ₅	J ₁
amplitude of accommodation	3 D	9 D
หนังตา	ปกติ ไม่มีหนังตาดก	ปกติ
ขนตา	ปกติ	ปกติ
กล้ามเนื้อตา	เคลื่อนไหวปกติ	เคลื่อนไหวปกติ
กระจกตา	ใส, ปกติ	ใส, ปกติ
ช่องหน้าลูกตา	ใส, ลึก	ใส, ลึก
ม่านตา	worm-like twitches	เคลื่อนไหวปกติ
รูม่านตา	5 mm. ไม่ตอบสนองต่อแสง (รูปที่ 1-2) แต่ตอบสนองต่อระยไใกล้ได้บ้าง (รูปที่ 3)	3 mm. ตอบสนองต่อแสงสว่างและระยไใกล้เป็นปกติ
แก้วตา	ใส	ใส
จอประสาทตา	ปกติ	ปกติ
หยอด pilocarpine 0.125%	ม่านตาหดลงเหลือ 3 mm. (รูปที่ 4)	ไม่มีปฏิกิริยา



Figure 1 Shows right pupil size 5 mm., left 3 mm.

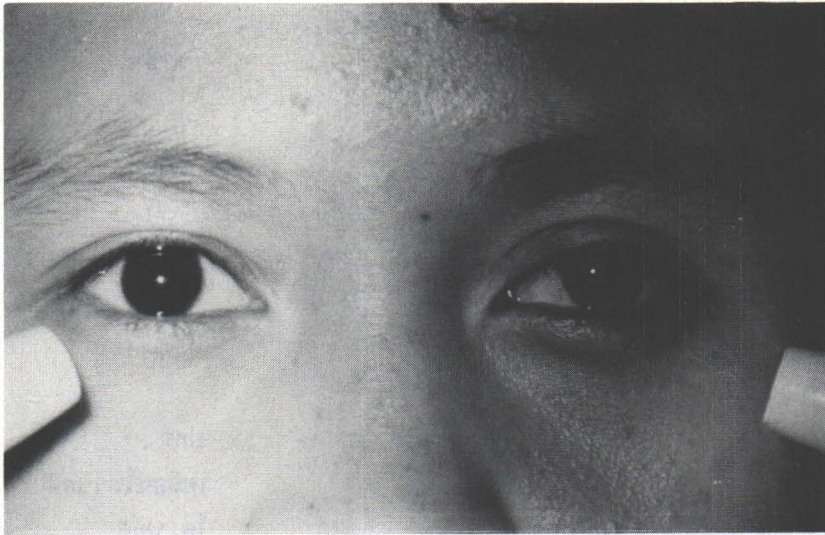


Figure 2 The right pupil not reacted to light while the left pupil reacted normally.

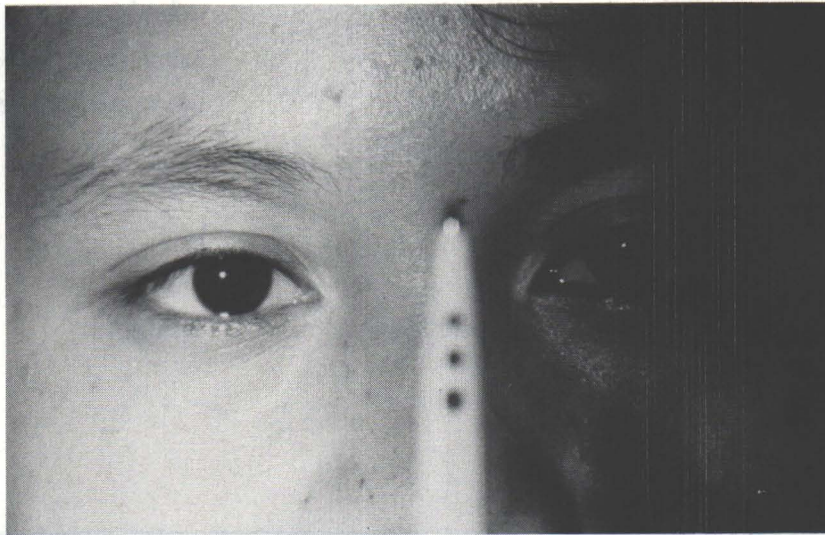


Figure 3 When looked at the near object (Accommodated) both pupils constricted equally.

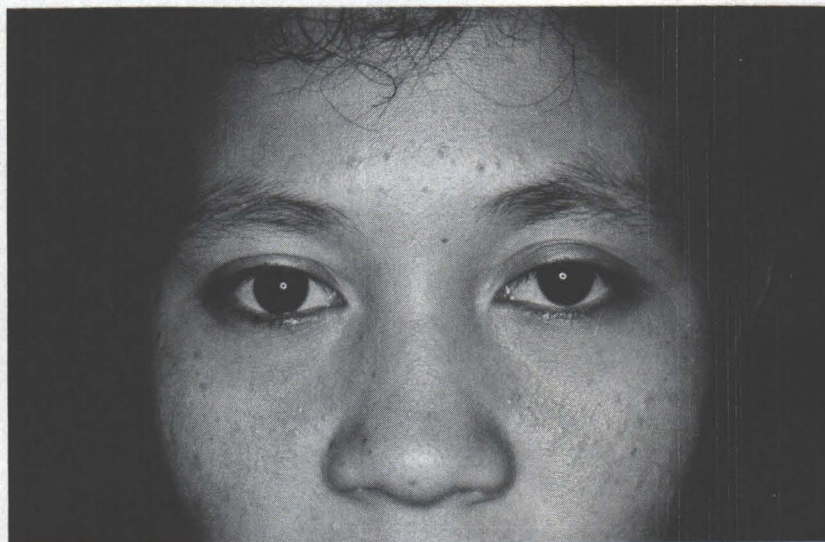


Figure 4 After instilled pilocarpine 0.125% to both eyes, the Rt. pupil constricted but not on the lt. eye.

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC - Hct 35%
- WBC - 7350 N 74 L 24 E 2
UA - ปกติ
VDRL - non - reactive
FBS - 98 mg %

เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติทางประสาทอย่างอื่น นอกจาก deep tendon reflex ลดลง และความผิดปกติทางตา ที่พบว่าตาขวามีรูม่านตาขนาดใหญ่ มี light-near dissociation, ระดับสายตาในระยะใกล้และ amplitude of accommodation ลดลง มี worm-like twitches ของ iris และมี hypersensitivity ของ iris ต่อ pilocarpine 0.125% จึงให้การวินิจฉัยว่าเป็น Adie's Syndrome ได้ให้การรักษาโดยใช้ pilocarpine 1% หยอดตาขวา ผู้ป่วยมองเห็นชัดขึ้น แต่ปวดศีรษะมากจึงได้งดยา

วิจารณ์

จำนวนผู้ป่วยที่พบในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นับว่า

น้อยมาก ในภาควิชาจักษุวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบผู้ป่วย 2 ราย ใน 5 ปี ที่ผ่านมา (2525-2529)

ผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะเฉพาะของ Adie's Syndrome เหมือนกับผู้ป่วย Adie's Syndrome รายอื่น ๆ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้หญิง (70%) อายุระหว่าง 20-30 ปี และมักจะเป็นในตาข้างเดียว (90%)⁽¹⁾ อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของ รูม่านตา ที่มีขนาดใหญ่ และกล้วแสง บางรายมาด้วยความผิดปกติของ accommodation⁽¹²⁾ ทำให้เกิดอาการมองใกล้ไม่ชัด ปวดตาเวลาทำงานระยะใกล้ ๆ เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่รายงานนี้

สรุป

รายงานผู้ป่วย Adie's Syndrome 1 ราย ที่มาด้วยขนาดของรูม่านตาสองข้างไม่เท่ากัน ซึ่งคล้ายกับเป็นภาวะที่รุนแรงอาจมีปัญหาทางสมองได้ ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับ accommodation ผิดปกติมองใกล้ไม่ชัด การวินิจฉัยโรคได้โดยใช้การตรวจแบบง่าย ๆ ถ้าเข้าใจถึงลักษณะและพยาธิสภาพของโรค โดยไม่ต้องทำการตรวจมากเกินความจำเป็น ซึ่งสิ้นเปลืองและอาจเป็นอันตรายได้

อ้างอิง

1. Glaser JS. The pupil and accommodation. In: Duane TD, ed. *Clinical Ophthalmology*. Rev ed. Philadelphia: Harper & Row, 1981. 5-7
2. Thompson HS. The pupil. In: Moses RA, ed. *Adler's Physiology of the Eye: Clinical Application*. 7 ed. St. Louis: Mosby, 1981. 343-347
3. Newell FW. *Ophthalmology: Principles and Concepts*. 5 ed. St. Louis: C.V. Mosby, 1982. 249
4. Ashworht B. *Clinical Neuro-Ophthalmology*. 2 ed. Oxford: Blackwell, 1981. 126-130
5. Abbruzzese G, Abbruzzese M, Farale E, Ratto S. Tonic vibration reflex in Holmes-Adie syndrome: an electrophysiological study. *J Neuro Neurosurg Psychiatry* 1979 Oct; 42(10): 943-947
6. Scheie HG. Site of disturbance in Adie's syndrome. *Arch Ophthalmol* 1940 Aug; 24(2): 225-237
7. Bourgen P, Pilley SFJ, Thompson HS. Cholinergic supersensitivity of the iris sphincter in Adie's tonic pupil. *Am J Ophthalmol* 1978 Mar; 85(3): 373-377
8. Cohen DN, Zakov AN. The diagnosis of Adie's pupil using 0.0625% Pilocarpine solution. *Am J Ophthalmol* 1975 May; 79(5): 883-885
9. Purcell JJ, Jr., Krachmer JH, Thompson HS. Corneal sensation in Adie's syndrome. *Am J Ophthalmol* 1977 Oct; 84(4): 495-496
10. Hedges TR, Gerner EW, Ross' syndrome (tonic pupil plus). *Br J Ophthalmol* 1975 Jul; 59(7): 387-391
11. Wirtschafter JD, Herman WK. Low concentration eserine therapy for the tonic pupil (Adie) syndrome. *Ophthalmology (Rochester)* 1980 Oct; 87(10): 1037-1043
12. Bell RA, Thompson HS. Ciliary muscle dysfunction in Adie's syndrome. *Arch Ophthalmol* 1978 Apr; 96(4): 638-642