

Painful ophthalmoplegia : วิเคราะห์ผู้ป่วย 34 ราย

กัมมันต์ พันธุมจินดา*

จำเริญ ลวดเงิน* สมชัย ชีพอรณัย**

Phanthumchinda K, Loadngern C, Cheeparanai S. Painful ophthalmoplegia analysis of 34 cases. Chula Med J 1987 Nov; 31 (11) : 955-963

34 cases of "Painful Ophthalmoplegia" are presented. Definite causes were identified in 9 cases. The remaining 25 cases were classified as idiopathic. The presenting symptom in all cases was orbital pain which was followed by ophthalmoplegia. Dramatic response to corticosteroid therapy was noted in the idiopathic group, the diagnosis of which is one of exclusion plus response to corticosteroid therapy.

Reprint requests : Phanthumchinda K. Department of Internal Medicine. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10500, Thailand.

Received for publication. March 30, 1987.

Painful ophthalmoplegia เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วยอัมพาตของกล้ามเนื้อตาพร้อมกับอาการปวดหลังลูกนัยน์ตาหรือบริเวณกระบอกตา และอาจมีความผิดปกติของ oculosympathetic nerve หรือการสูญเสียความรู้สึกตามแนวประสาทสมองคู่ที่ 5 แขนงที่ 1 หรือประสาทสมองข้างเดียวกัน ๆ ผิดปกติร่วมกัน^(1,2,3) painful ophthalmoplegia นี้ เกิดจากรอยโรคบริเวณ orbit, orbital apex, superior orbital fissure และ cavernous sinus⁽⁴⁾ painful ophthalmoplegia แบ่งเป็นสองพวกใหญ่ ๆ คือ พวกที่ทราบสาเหตุและพวกที่ไม่ทราบสาเหตุ⁽⁵⁾

พวกที่ทราบสาเหตุ อาจเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น เนื้องอก, การติดเชื้อ, โรคของเส้นเลือด, โรคของต่อมไร้ท่อ, ไมเกรน, เบาหวาน, Sarcoidosis, วัณโรค และ ซิฟิลิส, Wegner granulomatosis^(3,5) การดำเนินโรคในกลุ่มนี้จะขึ้นกับชนิดของพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอาการ⁽⁵⁾

พวกที่ไม่ทราบสาเหตุซึ่งเชื่อว่าเกิดจาก non-specific granulomatous inflammation อาจมีชื่อเรียกได้หลายอย่าง เช่น Tolosa-Hunt syndrome⁽²⁾ orbital periostitis หรือ Fibrositis⁽⁶⁾, Collier's syndrome⁽⁷⁾, Cavernous sinus syndrome⁽⁸⁾, superior orbital fissure syndrome^(9,10) และ parasella syndrome⁽¹¹⁾ การดำเนินโรคในพวกที่ไม่ทราบสาเหตุ มักจะเป็นแบบเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลันและอาการต่าง ๆ มักจะตอบสนองดีต่อการให้ corticosteroid และอาการอาจเป็น ๆ หาย ๆ ได้⁽¹²⁾ พวกที่ไม่ทราบสาเหตุนั้นนอกจากอาการทางเส้นประสาทสมองที่ผิดปกติแล้ว อาจตรวจพบความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การมีน้ำหล่อสมองและไขสันหลังผิดปกติ, X-ray บริเวณ sinus และ sella turcia หรือกระดูกข้างเคียง หรือหลอดเลือด internal carotid บริเวณ cavernous sinus ผิดปกติ ซึ่งเชื่อว่าความผิดปกติเหล่านี้ เกิดจากการลุกลามของ non-specific granulomatous inflammation เข้าสู่อวัยวะข้างเคียง^(4,13,14) นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุบางราย ยังอาจตรวจพบ ESR สูง หรือตรวจพบ LE cell phenomenon, Rheumatoid arthritis factor หรือ antinuclear factor หรือ eosinophil ในเลือดสูง โดยที่ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีอาการแสดงอื่นของ systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis หรือพบพยาธิในร่างกายนี่สิ่งตรวจพบเหล่านี้ชี้บ่งว่าสาเหตุของพวกที่ไม่ทราบสาเหตุนี้อาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกลไกทางภูมิคุ้มกัน⁽¹²⁾ ใน painful ophthalmoplegia ที่ไม่ทราบสาเหตุ บางท่านได้จัด idiopathic orbital inflammation หรือ pseu-

dotumor oculi รวมเข้าไว้ด้วย เนื่องจากลักษณะทางพยาธิวิทยาและอาการทางคลินิกคล้ายกัน^(9,15,16)

กลุ่มผู้รายงานได้ทำการศึกษานผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ painful ophthalmoplegia เพื่อหาสาเหตุของอาการเหล่านี้ที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล หาลักษณะทางคลินิกและการตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid

วัตถุประสงค์และวิธีการ

ได้ทำการศึกษานผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ painful ophthalmoplegia จำนวน 34 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ระหว่างเดือนมกราคม 2526 ถึงเดือนตุลาคม 2529

ผู้ป่วยที่ได้ทำการศึกษาทุกรายได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาทอย่างละเอียด การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ทำในผู้ป่วยทุกรายคือการตรวจเลือด (complete blood count) การตรวจน้ำตาลในเลือด (FBS) การตรวจการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (ESR) โดยวิธี Westergren, การตรวจภาพรังสีของปอด การตรวจภาพรังสีของกะโหลกศีรษะ และ VDRL ในเลือด ได้ทำทุกราย ยกเว้นผู้ป่วย 2 ราย ที่ทราบการวินิจฉัยสาเหตุแต่แรกคือรายที่เป็น aneurysm และ carotid-cavernous fistula (C-C fistula)

การตรวจอื่น ๆ ได้แก่ การทำการเจาะน้ำไขสันหลัง, การทำ carotid angiogram, CT-scan ของสมอง, การตรวจ และ biopsy nasopharynx การทำ biopsy temporal artery การตรวจหา LE cell, antinuclear factor (ANF), rheumatoid factor (RF) และระดับ complement (CH₅₀) ในเลือดได้ทำในผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามและผู้ป่วยยินยอม และการตรวจนั้นมีอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และถ้าอาการทางคลินิกชี้ไปในทางนั้น ๆ

หลังจากการซักประวัติการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ และการตรวจพิเศษเหล่านี้ก็จะจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มที่ทราบสาเหตุ และกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุนั้นยังแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย และกลุ่มที่พบความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย ความผิดปกติที่พบในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุนั้น จะต้องเป็นความผิดปกติที่อาจพบได้ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุดังกล่าวข้างต้น และความผิดปกติที่ตรวจพบไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของ painful ophthalmoplegia เช่น ในรายที่ตรวจพบความผิดปกติของ sinus หรือ biopsy ของ

nasopharynx พบการอักเสบ แต่ในทางคลินิกผู้ป่วยไม่มี
อาการแสดงของ acute sinusitis หรือ inflammation
ใน nasopharynx หรือการตรวจน้ำไขสันหลังผิดปกติ แต่

ไม่พบสาเหตุจำเพาะ เช่น วัณโรค ซิฟิลิส เป็นต้น
ผลการวิจัย

สาเหตุของ painful ophthalmoplegia

Table 1 Causes of painful ophthalmoplegia

Etiology	No of patient
1. Posterior communicating artery aneurysm	1
2. Carotid-cavernous fistula	1
3. Diabetes mellitus	5
4. Diabetes mellitus with cerebral cysticercosis	1
5. Cerebrovascular disease	1
6. Idiopathic	
6.1 with associated condition	
6.1.1 chronic sinusitis from X-ray	3
6.1.2 chronic inflammation of nasopharynx from nasopharyngeal blind biopsy	6
6.1.3 CSF pleocytosis	1
6.1.4 CSF pleocytosis and chronic inflammation of nasopharynx from blind biopsy	1
6.1.5 narrowing of superior orbital fissure from X-ray	1
6.1.6 segmental narrowing of carotid siphon from angiography	1
6.1.7 pseudotumor oculi from CT-scan and biopsy	1
6.2 without associated condition	11
Total	34

ตารางที่ 1 แสดงสาเหตุของ painful ophthalmoplegia ที่พบคือในกลุ่มที่ทราบสาเหตุ มี 9 ราย เกิดจาก posterior communicating artery aneurysm และ carotid cavernous fistula (C-C fistula) ซึ่งวินิจฉัยได้จากการทำ CT-scan อย่างละ 1 ราย, เบาหวานมี 6 รายวินิจฉัยจากประวัติ และยืนยันจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มเบาหวานนี้พบมี cerebral cysticercosis วินิจฉัยจากการทำ CT-scan ร่วมด้วย 1 ราย นอกจากนี้ยังพบ cerebrovascular disease 1 รายวินิจฉัยจากประวัติ และการมีการตายของสมองจากการขาดเลือด ซึ่งวินิจฉัยจาก CT-scan ผู้ป่วยรายนี้มีเพียงประสาทสมองคู่ที่ 3 พิกัดและม่านตาปกติ จึงควรจะเป็นจากการขาดเลือดของประสาทสมองคู่ที่ 3 เนื่องจากโรคหลอดเลือดพิกัด

ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุมี 25 ราย ในจำนวนนี้ตรวจไม่พบความผิดปกติอื่นร่วมด้วย นอกจากความผิดปกติของประสาทสมอง 11 ราย อีก 14 ราย มีความผิดปกติ

อื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น chronic sinusitis (maxillary และ frontal sinus) chronic inflammation ของ nasopharynx, CSF pleocytosis, superior orbital fissure แคบ carotid artery ส่วน cavernous ขรุขระและแคบ นอกจากนี้ยังมี pseudotumor oculi ซึ่งวินิจฉัยจากการทำ CT-scan และ biopsy อีก 1 ราย

ลักษณะทางคลินิก

อายุและเพศ

ตารางที่ 2 แสดงการกระจายของอายุและเพศของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 17 ปี และสูงที่สุดคือ 78 ปี ผู้ป่วยที่เป็น C-C fistula, cerebrovascular disease, aneurysm มีอายุ 78, 76 และ 54 ปี ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานอายุ 74 ปี 1 ราย, 60 ปี 3 ราย, 52 ปี 1 ราย และ 47 ปี 1 ราย นอกจากนั้นเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ

Table 2 Distribution of age and sex in painful ophthalmoplegia

Age (years)	Male	Female	No of patient
0-10	-	-	-
11-20	1	-	1
21-30	5	2	7
31-40	-	2	2
41-50	5	1	6
51-60	1	5	6
61-70	5	2	7
71-80	1	4	5
80	-	-	-
Total	18	16	34

อาการเริ่มต้น

ในผู้ป่วยทั้ง 34 ราย จะมีอาการปวดหลังลูกตา หรือปวดภายในกระบอกตา และมีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อตาตามมาภายใน 7 วัน

อาการปวด

ข้างที่ปวด ผู้ป่วยมีอาการทางขวา 17 ราย ทาง

ซ้าย 16 ราย และมีอาการปวดทั้ง 2 ข้าง 1 ราย

ลักษณะของอาการปวด ลักษณะปวดที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดตื้อ 10 ราย, ปวดตึบ ๆ 7 ราย, ปวดแน่น ๆ 3 ราย, ปวดจี๊ด ๆ 4 ราย, มีจำนวน 10 ราย ปวดแต่บรรยายลักษณะไม่ถูก (ตารางที่ 3)

Table 3 Character and radiation of pain in painful ophthalmoplegia

Character of pain	No. of patient	Radiation of pain	No. of patient
throbbing	7	temporal	17
dull	3	frontal	5
sharp	4	mandible	1
aching	10	eye brow	2
ill defined	10	no definite radiation	9
Total	34	Total	34

การกระจายของอาการปวด กระจายไปบริเวณขมับ พบมากที่สุดคือ 17 ราย รองลงมาคือบริเวณหน้าผากพบ 5 ราย, คิ้ว 2 ราย, คาง 1 ราย มีจำนวน 9 ราย ไม่มีลักษณะการกระจายของอาการปวดที่แน่ชัด (ตารางที่ 3)

ลักษณะและการกระจายของอาการปวดในกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุไม่มีความแตกต่างกัน

อัมพาตกล้ามเนื้อตา

พบอัมพาตของประสาทสมองคู่ที่ 3 มากที่สุดคือ 29 ราย, อัมพาตของประสาทสมองคู่ที่ 4 พบ 18 ราย, และคู่ที่ 6 พบ 17 ราย จำนวนเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3,4,6 ที่เกิดความผิดปกติในกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุ นั้น ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

Table 4 Cranial nerve involvement in painful ophthalmoplegia

Cranial nerve	No. of patient
CN III	29
CN IV	18
CN VI	17
CN II	9
CN V _I	5
CN V _{II}	1
CN VII	1

ความผิดปกติของม่านตา

พบความผิดปกติของม่านตา 15 ราย ความผิดปกติคือม่านตาเล็กหรือโต หรือขนาดปกติไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ในจำนวน 15 ราย นี้พบม่านตาเล็กกว่า 3 มม. 2 ราย อยู่ประมาณ 3-5 มม. 7 ราย และมากกว่า 5 มม. 6 ราย ในพวกที่เป็นเบาหวาน 6 ราย และผู้ป่วยที่เป็น cerebrovascular disease 1 ราย ม่านตาปกติ ส่วนผู้ป่วยที่เป็น aneurysm ม่านตาขยาย และผู้ป่วย C-C fistula ม่านตาเล็ก พวกที่ม่านตาผิดปกติ ที่เหลือเป็นพวกที่ไม่ทราบสาเหตุ

ความผิดปกติของการมองเห็น

พบ 10 ราย ที่มี visual acuity ลดลง ในจำนวนนี้ 1 ราย เกิดจาก cataract นอกนั้นเกิดจากรอยโรคของประสาทสมองคู่ที่ 2 ซึ่งมีตั้งแต่มองไม่เห็นเลย 4 ราย, มองเห็นแสง 1 ราย, มองเห็นขนาดนับนิ้วได้ 4 ราย ในจำนวนที่มีรอยโรคที่ประสาทตาตรวจพบ optic atrophy 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการมองเห็น รายอื่น ๆ เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ

ความผิดปกติอื่น ๆ บริเวณกระบอกตา

พบ periorbital edema 3 ราย เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ และ chemosis 2 ราย เป็นผู้ป่วย C-C fistula และ pseudotumor oculi

ประสาทสมองคู่อื่น ๆ ที่เกิดความผิดปกติ

ประสาทสมองคู่ที่ 5 แขนงที่ 1 พบ 5 ราย, แขนงที่ 2 พบ 1 ราย ส่วนแขนงที่ 3 ไม่พบความผิดปกติเลย ประสาทสมองคู่ที่ 7 พบความผิดปกติร่วมด้วย 1 ราย ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของประสาทสมองเหล่านี้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count

Haemoglobin ทุกรายอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวนเม็ดเลือดขาวที่สูงเกิน 10,000 ตัว/มม.³ มี 8 ราย โดยรายที่เม็ดเลือดขาวสูงสุด 14,400 ตัว/มม.³ เป็นรายที่มี subarachnoid hemorrhage จาก posterior communicating artery aneurysm ในรายอื่น ๆ เม็ดเลือดขาวสูงไม่มากและไม่พบหลักฐานว่ามีการติดเชื้อที่รุนแรงที่ใดในร่างกาย ในจำนวนผู้ป่วย 34 ราย พบ eosinophil สูงเกิน 4% 9 ราย รายที่มี eosinophil สูงสุดคือ 12% ในรายที่ eosinophil สูง ไม่พบพยาธิ โดยการตรวจจุลจากระ

ในผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ 8 ราย และเป็นเบาหวาน 1 ราย

ESR

ESR มีค่าตั้งแต่ 0-127 มม./ชม.แรก, พวกที่สูงเกิน 60 มม./ชม.แรก มี 8 ราย, 40-60 มม./ชม.แรก 11 ราย, 20-40 มม./ชม.แรก 4 ราย, และต่ำกว่า 20 มม./ชม.แรก 11 ราย ในพวกที่มี ESR สูงเกิน 20 มม./ชม.แรกเกือบทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ มี 3 ราย ที่พบในผู้ป่วยเบาหวาน

Serum glucose

พบสูงกว่าค่าปกติ 6 ราย ทั้ง 6 ราย มีประวัติของเบาหวาน 3 ราย คุมเบาหวานด้วยยาเม็ด, 2 ราย ฉีด insulin และ 1 ราย คุมอาหาร

VDRL

ในจำนวนที่ทำ 32 ราย มี blood VDRL ให้ผลบวก 1 ราย ซึ่งให้ titer 1:1 รายนี้ได้ทำการเจาะหลังแล้วไม่พบความผิดปกติในน้ำไขสันหลัง

Lumbar puncture

ได้ทำในผู้ป่วย 29 ราย ในจำนวนนี้พบความผิดปกติ 2 ราย คือ protein สูงเกิน 45 มก.% 2 ราย จำนวน protein มีสูงสุด 90 มก.% ในพวกที่ protein สูงนี้พบ cell ทั้ง 2 ราย ซึ่งมีจำนวน 17 และ 23 cell/มม.³ ตามลำดับ ในรายที่มีน้ำไขสันหลังผิดปกติเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ

Antinuclear factor ทำ 15 ราย ให้ผลลบทั้งหมด, LE cell ทำ 15 ราย ให้ผลลบทั้งหมด, ระดับ complement (CH₅₀) ทำ 15 ราย อยู่ในเกณฑ์ปกติ, FTA-ABS ในเลือดทำ 23 ราย ให้ผลบวก 1 ราย แต่ใน CSF ปกติและไม่มีอาการแสดงอื่น ๆ ของ syphilis, rheumatoid factor ทำ 15 ราย ให้ผลบวก 1 ราย ระดับ titer 1:40 และไม่มีอาการแสดงอื่นของ rheumatoid arthritis

การตรวจทางรังสี

ภาพรังสีปอด

ภาพรังสีปอดทำให้ผู้ป่วยทุกราย พบความผิดปกติ 2 ราย เข้าได้กับลักษณะของวัณโรคปอดที่สงบแล้ว ในผู้ป่วยทุกรายได้สอบถามประวัติวัณโรคพบว่า มีเพียง 1 รายที่เคยเป็นและรักษาหายแล้วไม่พบรอยโรคในปอด

ภาพรังสีกะโหลกศีรษะ

ทำในทุกราย ยกเว้นรายที่เป็น aneurysm และ

C-C fistula เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยก่อนแล้วด้วยวิธีการอื่น ๆ พบความผิดปกติจากภาพรังสีกะโหลกศีรษะ 4 ราย, 2 รายมีลักษณะของ sinusitis ที่ frontal และ maxillary sinus แต่ประวัติและการตรวจร่างกายไม่เข้ากับ acute sinusitis ส่วน sphenoidal หรือ ethmoidal sinusitis ที่อาจลุกลามเข้าไปยัง cavernous sinus และทำให้เกิด painful ophthalmoplegia ได้ไม่พบในรายงานนี้ ผู้ป่วย 1 ราย พบ orbital fissure แคบลง ความผิดปกติเหล่านี้พบในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้พบการกร่อนของ sella turcica ในผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย เชื่อว่าเกิดจากภาวะสูงอายุ เพราะจากการตรวจสอบเพิ่มเติมไม่พบรอยโรคใน pituitary fossa หรือการมีความคั่งในกะโหลกศีรษะเพิ่ม

Carotid angiography

ทำในผู้ป่วย 16 ราย พบเพียงรายเดียวมีลักษณะการแคบลงของ internal carotid artery บริเวณ cavernous sinus ซึ่งเป็นรายที่เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ

CT-scan

ทำทั้งสิ้น 24 ราย พบความผิดปกติ 5 ราย คือ

พบ C-C fistula 1 ราย subarachnoid hemorrhage จาก posterior communicating artery aneurysm 1 ราย, infarction ของสมอง 1 ราย, cysticercosis 1 ราย และ pseudotumor ของ orbital apex 1 ราย

การตรวจพิเศษอื่น ๆ

การตรวจทาง Nasopharynx

ตรวจ nasopharynx ทั้งสิ้น 26 ราย ไม่พบความผิดปกติ ได้ทำ blind biopsy ไป 19 ราย พบ chronic inflammation 7 ราย นอกนั้นไม่พบความผิดปกติ ในรายที่พบ chronic inflammation ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหรือการอักเสบบริเวณ nasopharynx

Temporal artery biopsy

ได้ทำไป 6 ราย ในผู้ป่วย ESR สูง และไม่เป็นเบาหวาน ไม่พบความผิดปกติ

การรักษา

การรักษาด้วย corticosteroid โดยใช้ prednisolone ในขนาด 60 มก./วัน โดยแบ่งให้เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และลดลงใน 4 สัปดาห์ (ดูตารางที่ 5) และจะ

Table 5 Corticosteroid therapy and result in painful ophthalmoplegia

Etiology	No. of patient	No. of patient steroid therapy	No. of patient responded
1. Aneurysm	1	-	-
2. Carotid-cavernous fistula	1	-	-
3. Diabetes mellitus	5	4	4
4. Diabetes mellitus with cerebral cysticercosis	1	1	-
5. Cerebrovascular disease	1	1	-
6. Idiopathic			
6.1 with associated condition			
6.1.1. chronic sinusitis	3	3	2
6.1.2 chronic inflammation of nasopharynx	6	5	4
6.1.3 CSF pleocytosis	1	1	1
6.1.4 CSF pleocytosis & chronic inflammation of nasopharynx	1	1	1
6.1.5 narrowing of superior orbital fissure	1	1	1
6.1.6 segmental narrowing of carotid siphon	1	1	1
6.1.7 pseuotumor oculi	1	1	-
6.2 without associated condition	11	7	4
Total	34	26	18

ถือว่าผู้ป่วยตอบสนองเมื่ออาการปวดหรือ ophthalmoplegia ดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ หลังการรักษา เนื่องจากโดยทั่วไปแล้วการดำเนินโรคในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือเบาหวาน จะกินเวลาหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือน^(12,25)

ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุและไม่ได้ steroid 3 ราย คือ รายที่เห็น aneurysm, carotid cavernous fistula และรายที่เป็นเบาหวาน 1 ราย ซึ่งรายนี้มีอาการ painful ophthalmoplegia มานานเกิน 1 เดือนแล้ว

ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุและให้การรักษาคือรายที่เป็น จาก cerebrovascular disease 1 ราย ซึ่งไม่ได้ผล และ รายที่เป็นจากเบาหวาน 5 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ 4 ราย ให้ผลดีคือ อาการปวดหายไป 3 วัน และอาการ ophthalmoplegia หายไปใน 3 วัน 2 ราย, และหายใน 2 สัปดาห์ อีก 2 ราย, ใน 1 ราย ที่เป็นเบาหวาน และรักษาไม่ได้ผล ดี มี cerebral cysticercosis ร่วมด้วย จากรายงานไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและการติดเชื้อในผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้ corticosteroid

ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุและไม่ได้การรักษาด้วย corticosteroid มี 5 ราย 4 รายดีขึ้นเองในระหว่างการตรวจ ค้นหาสาเหตุ อีก 1 ราย ผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล

ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุและให้ corticosteroid มี 20 ราย ในจำนวนนี้ ไม่ตอบสนองต่อ corticosteroid เพียง 6 ราย นอกนั้นตอบสนองดีต่อ corticosteroid โดยที่อาการปวดหายไป 3 วัน 10 ราย และภายใน 7 วัน 6 ราย อีก 4 ราย หายใน 14 วัน ส่วน ophthalmoplegia หายใน 3 วัน จำนวน 6 ราย หายใน 7 วัน จำนวน 5 ราย และหายใน 14 วัน จำนวน 3 ราย อีก 6 ราย อาการปวด หายใน 2 สัปดาห์ แต่ ophthalmoplegia ไม่หายขาดแต่ ก็ดีขึ้นมากในระยะเวลา 1 เดือน

ความสัมพันธ์ของ ESR กับการสนองตอบต่อการรักษาด้วย corticosteroid จากการวิจัยพบว่า ระดับ ESR ไม่สัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการรักษาด้วย corticosteroid พบว่าผู้ป่วยที่มี ESR ต่ำกว่า 20 มม./ชม. แรก 7 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุและให้การรักษาด้วย corticosteroid 5 รายตอบสนองดี ส่วนผู้ป่วยที่มี ESR มากกว่า 20 มม./ชม. แรก 19 ราย และให้การรักษาด้วย corticosteroid 13 ราย ตอบสนอง ในจำนวนนี้มี 1 รายที่เป็นเบาหวาน จะเห็นได้ว่า ESR สูงหรือต่ำ ไม่เป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่

วิจารณ์

Painful ophthalmoplegia อาจเกิดการได้รับ

ภัยอันตรายบริเวณฐานกะโหลกศีรษะ⁽³⁾ เนื่องจากชนิดต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเนื้องอกของระบบประสาท เช่น pituitary adenoma, meningioma, craniopharyngioma, sarcoma, neurofibroma เนื้องอกของกะโหลกศีรษะ เช่น chondroma, giant cell tumor หรือเนื้องอกที่แพร่กระจายมาจากที่อื่น เช่น nasopharyngeal tumor เนื้องอกของปอด ฯลฯ^(3,11) แต่ในรายงานนี้ไม่พบสาเหตุดังกล่าว อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย เหล่านี้อาจไปเข้ารับการรักษาในภาควิชาอื่น ๆ เช่น ศัลยกรรม, โสตศกรรรม

สาเหตุอื่นของ painful ophthalmoplegia ที่มี ผู้รายงานไว้ ได้แก่ โรคของหลอดเลือดใหญ่บริเวณ parasella เช่น aneurysm, carotid cavernous fistula, cavernous sinus thrombosis^(3,17,18,19) ซึ่งในรายงานนี้พบ posterior communicating artery aneurysm และ carotid cavernous fistula อย่างละ 1 ราย อุบัติการณ์ของโรคเหล่านี้ อาจมีสูงขึ้นถ้าได้รวมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วย ศัลยกรรมประสาทเข้ามาในการศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนหนึ่งจะรักษาในหน่วยดังกล่าว นอกจากนี้ painful ophthalmoplegia ยังอาจพบได้ในโรคอื่น ๆ ที่มีผลต่อ หลอดเลือด เช่น diabetes mellitus, cranial arteritis, Rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, migranous ophthalmoplegia^(3,20,21,22) ในรายงานนี้ พบสาเหตุจากโรคในกลุ่มนี้คือ พบเบาหวาน 6 ราย และ cerebrovascular disease 1 ราย โรคติดเชื้อหรือการอักเสบ ที่อาจเป็นสาเหตุของ painful ophthalmoplegia ได้แก่ Herpes zoster, Wegner granulomatosis, syphilis, tuberculosis, orbital cellulitis, sarcoidosis⁽³⁾ แต่ไม่ พบในรายงานนี้อาจเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษายังมีจำนวนน้อยอยู่

ในรายงานนี้พบ painful ophthalmoplegia ที่ ไม่ทราบสาเหตุจำนวนค่อนข้างสูงคือ 25 ราย ใน 34 ราย ซึ่งก็คล้ายกับรายงานจากประเทศอินเดีย⁽¹²⁾

ลักษณะของอาการเริ่มต้น และการดำเนินโรค พวกที่เกิดจากการกดทับของเนื้องอกต่าง ๆ มักจะมีอาการ ค่อยเป็นค่อยไป ส่วนพวกที่เป็นจากเรื่องของหลอดเลือด หรือการอักเสบมักจะเป็นเร็วกว่า^(11,20) อย่างไรก็ตาม การอาศัยลักษณะของอาการเริ่มต้นและการดำเนินโรคอย่างเดียว ไม่สามารถแยกชนิดของพยาธิสภาพที่ทำให้เกิด painful ophthalmoplegia ได้ เพราะพวกที่เป็นเนื้องอกก็อาจมา ด้วยอาการที่รวดเร็วได้⁽¹¹⁾ เช่นกัน ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษานี้ อาการต่าง ๆ มักจะเป็นเร็วภายใน 7 วัน และผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ก็อยู่ในกลุ่มที่มีพยาธิสภาพที่เกี่ยวกับหลอดเลือด และพวกที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งลักษณะของอาการเริ่มต้น และการดำเนินโรคในผู้ป่วยเหล่านี้ค่อนข้างจะเร็ว

ลักษณะอาการปวดความรุนแรงของอาการปวดและการกระจายของอาการปวดก็ไม่สามารถชี้ถึงสาเหตุของโรคได้^(3,11,14) ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษาลักษณะอาการปวดในผู้ป่วยจากสาเหตุต่าง ๆ ก็ไม่มีลักษณะที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

ลักษณะความผิดปกติของประสาทสมอง รอยโรคที่เกิดบริเวณ parasella อาจมีผลกระทบต่อประสาทสมองคู่ที่ 2 ถึงคู่ที่ 6 ได้เหมือนกันเพียงแต่โอกาสที่จะเกิดความพิการของประสาทสมองอาจจะมากน้อยต่างกัน เช่น infraclinoid aneurysm มีโอกาสกด optic nerve หรือ chiasma น้อยกว่า supraclinoid aneurysm⁽¹¹⁾ เป็นต้น แต่ลักษณะความผิดปกติของประสาทสมองอย่างเดียวกันไม่สามารถแยกสาเหตุต่าง ๆ ของ painful ophthalmoplegia ได้^(3,11,14) ในรายงานนี้ผู้ป่วยที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุก็ไม่มี ความแตกต่างกันในแง่ของความผิดปกติของประสาทสมอง นอกจากในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน และ cerebrovascular disease มักจะมี pupil ปกติ ซึ่งเข้าได้กับรอยโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงประสาทสมองคู่ที่ 3^(22,23,24)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การอาศัยลักษณะทางคลินิกอย่างเดียวคงจะแยกสาเหตุต่าง ๆ ของ painful ophthalmoplegia ได้ยาก คงจะต้องอาศัยการตรวจค้นเพิ่มเติม เช่น การตรวจเลือด เพื่อหาเบาหวาน การตรวจรังสีของกะโหลกศีรษะ, CT-scan, angiogram เป็นต้น

อายุและเพศผู้ป่วย อายุของผู้ป่วยที่เป็น painful ophthalmoplegia ที่ทราบสาเหตุขึ้นกับพยาธิสภาพที่ทำให้เกิด เช่น พวกที่เป็น pituitary tumor อาจพบในวัยหนุ่มสาว ส่วนพวกที่เป็นเบาหวาน อาจพบในผู้ป่วยที่ค่อนข้างมีอายุมากเป็นต้น⁽¹⁴⁾ ในพวกที่ไม่ทราบสาเหตุพบได้ตั้งแต่อายุ 3 ขวบถึง 76 ปี^(3,14) แต่ส่วนใหญ่จะอยู่ช่วงอายุ

41.4 ± 18.6 ปี⁽¹⁴⁾ ซึ่งก็คล้ายกับที่พบในรายงานนี้ ส่วนเพศนั้นไม่มีความแตกต่างกันทั้งในกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุ⁽¹⁴⁾

การรักษา painful ophthalmoplegia มุ่งที่การรักษาตามสาเหตุ ส่วนการรักษาในรายที่เกิดจากเบาหวานหรือ cerebrovascular disease นั้นยังไม่มีผลสรุปที่แน่นอน⁽²⁵⁾ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ทำการศึกษาคอบสนองดีต่อการให้ corticosteroid คือ ดิซีน 4 ราย ในจำนวน 5 ราย ซึ่งโดยปกติแล้ว ophthalmoplegia ในเบาหวานอาจจะอยู่นานเป็นเวลาหลายสัปดาห์ ถึงหลายเดือน⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตามเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยยังน้อย จึงไม่อาจสรุปผลของ corticosteroid ได้แน่นอน และการตอบสนองต่อ corticosteroid ที่ดีอาจเป็นได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้เป็นเบาหวานก็จริง แต่ painful ophthalmoplegia ที่เกิดขึ้น ไม่ได้เกิดจากเบาหวาน แต่เป็น idiopathic type โดยมีเบาหวานเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดอาการง่ายขึ้น⁽¹⁴⁾ ในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ มักจะตอบสนองดีต่อ corticosteroid^(1,3,14) ซึ่งก็ตรงกับผลที่ได้จากรายงานนี้คือ ในจำนวนผู้ป่วย 20 ราย ตอบสนองดีถึง 14 ราย อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อ corticosteroid อย่างเดียว ก็มีข้อจะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะต้องเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ เพราะใน painful ophthalmoplegia จากการกดทับของเนื้องอก ก็อาจให้การตอบสนองเช่นนี้ได้⁽¹¹⁾ ดังนั้นนอกจากการตอบสนองต่อ corticosteroid แล้ว จำเป็นต้องทำการตรวจค้นหาสาเหตุให้ละเอียดด้วย

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยที่มีด้วย painful ophthalmoplegia 34 ราย ในจำนวนนี้ 9 ราย พบสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการนี้ อีก 25 ราย ไม่พบสาเหตุ อาการที่นำผู้ป่วยมากคือ อาการปวดบริเวณกระบอกตาและการเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อตา, ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและพวกที่ไม่ทราบสาเหตุ ตอบสนองดีต่อ corticosteroid การวินิจฉัยโรคในกลุ่มนี้จำเป็นต้องตรวจค้นเพื่อหาสาเหตุอย่างถี่ถ้วน ก่อนที่จะให้การวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ หรือ Tolosa-Hunt Syndrome

อ้างอิง

- Hunt WE, Meagher JN, Lefever HE, Zeman W. Painful ophthalmoplegia: it's relation to indolent inflammation of the cavernous sinus. Neurology 1961 Jan; 11: 56-62
- Smith JL, Taxdal DSR. Painful ophthalmoplegia: The Tolosa-Hunt syndrome. Am J Ophthalmology 1966 Jun;61:1466-1472
- Kline LB: Tolosa-Hunt syndrome. Surv Ophthalmol 1982 Sep-Oct; 27 (2) : 79-95
- Schultz NJ, Farmer P. Tolosa-Hunt syndrome: The pathology of painful ophthalmoplegia. In: Smith JL, ed. Neuro-Ophthalmology Symposium of the University of Miami and the Bacom Palmer Eye Institute. Vol

- VI. CV Mosby: St. Louis, 1972. 102-112
5. Bogduk N, Lance JW. Pain and Pain syndromes, Including headache. *Curr Neurol* 1981 ; 3 : 377-419
 6. Collier J. Discussion on ocular palsies. *Proc Roy Soc Med* 1921 Jan; 14 (1) : 10-11
 7. Cheah JS, Ransome GA. Collier's syndrome (orbital periostitis). *Med J Aust* 1970 Feb 7; 1 (6) : 277-278
 8. Foix MC. Syndrome de la paroi externe du sinus caverneux. *Rev Neurol (Paris)* 1922; 38:827-832
 9. Hallpike JF. Superior orbital fissure syndrome, some clinical and radiological observations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1973 Jun; 36 (6) : 486-490
 10. Smith JL. Recent advances in neuro-ophthalmology. In: Smith JL, ed. *Neuro-ophthalmology. Symposium of the University of Miami and the Bascom Palmer Eye Institute, Vol III. CV Mosby: St. Louis, 1967. 10-11*
 11. Thomas JE, Yoss RE. The parasellar syndrome problem in determining etiology. *Mayo Clin Proc* 1970 Sep; 45 (9) : 617-623
 12. Mathew NT, Chandy J. Painful ophthalmoplegia. *J Neurol Sci* 1979; 11: 243-256
 13. Polsky M, Janicki PC, Gunderson CH. Tolosa-Hunt syndrome with sellar erosion. *Ann Neurol* 1979 Aug; 6 (2) : 129-131
 14. Bruyn GW, Hoes MJJM. The Tolosa-Hunt syndrome. In : Viken PJ, Bruyn GW, Klauwan HL, eds. *Handbook of Clinical Neurology Revised. Series 4. Norath Holland Publisher, Natherland 1986; 4 : 291-307*
 15. Donin JF, Borit A. Orbital myositis : its relationship to the Tolosa-Hunt syndrome. In: Smith JL, ed. *Neuro-ophthalmology update. New York : Maxen Publishing, 1977 ; 99-103*
 16. Rosenbaum DH, Davis MJ, Song IS. The syndrome of painful ophthalmoplegia. A case with intraorbital mass and hypervascularity. *Arch Neurol* 1979 Jan; 36 (1) : 41-43
 17. Meadows SP. Intracavernous aneurysm of the internal carotid artery. *Arch Ophthalmol* 1959 Oct; 62 (4) : 566-574
 18. Coppeto JR, Hoffman H. Tolosa-Hunt syndrome with proptosis mimicked by giant aneurysm of posterior cerebral artery. *Arch Neurol* 1981 Jan; 38 (1) : 54-55
 19. Brismar G, Brismar J. Aseptic thrombosis of orbital veins and cavernous sinus : clinical symptomatology. *Acta Ophthalmol (kbh)* 1977 Feb; 55 (1) : 9-22
 20. Trautmann JC, Barnet CR. Disease of the Third, Fourth and Sixth cranial nerves. In : Dyck PJ, Thomas PK, Labbert EH, Bunge R. eds. *Peripheral Neuropathy. Philadelphia : WB Saunders, 1984. 1203-1223*
 21. Jabs DA, Miller NR, Green WE. Ischaemic optic neuropathy with painful ophthalmoplegia in diabetes mellitus. *Br J Ophthalmol* 1981 Oct; 65 (10) : 673-678
 22. Evans OB, Lexow SS. Painful ophthalmoplegia in systemic lupus erythematosus. *Ann Neurol* 1978 Dec; 4 (6) : 584-585
 23. Asbury AK, Aldredge H, Hershberg R, Fisher CM. Oculomotor palsy in diabetes mellitus a clinico-pathological study. *Brain* 1970; 93:555-560
 24. Weber PB, Daroff RB, Mackey EA. Pathology of oculomotor nerve palsy in diabetics. *Neurology (Minneap)* 1970 Aug; 20 (8) : 835-838
 25. Brown MJ, Green DA. Diabetic neuropathy: pathophysiology and management. In : Asberry AK, Gilliatt RW, eds. *Peripheral Nerve Disorder. London : Butterworth 1984. 120-153*