

กรณีศึกษาโรคคืบคอกหรือกระดูกงูเนตขาดเลือดในผู้ป่วยเด็ก อัมพาตสมองใหญ่

มนธนา บุญตระกูลพูนทวี, พ.บ., ว.ว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู
*ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ABSTRACT

Kienböck's Disease in an Adolescent Patient with Cerebral Palsy: A Case Report

Buntragulpoontawee M

*Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Objectives: To increase physiatrists' awareness of Kienböck's disease among cerebral palsy patients.

Study design: Case report

Setting: Department of Rehabilitation Medicine, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Subject: A 16-year-old female patient with spastic dyskinetic cerebral palsy

Method: Report a case

Result: This patient came for chemoneurolysis to reduce lower extremity spasticity. She also complained of pain and swelling at the dorsal aspect of the right wrist which occurred for a few months prior to the appointment. Radiography was done for diagnosis before prescribing proper treatment. Her upper extremities also exhibited dyskinetic pattern with severe wrist flexion on the right side. A plain radiograph show avascular necrosis of lunate (Kienböck's disease). Oral analgesics and resting wrist splint were prescribed. At six weeks, she reported significant decrease in pain and swelling and improved ability to grasp her walker. Later on, Botulinum toxin was injected to reduce wrist flexor spasticity. At one year, she still remained symptom-free even though a radiograph showed increased lunate collapse.

Conclusion: Kienböck's disease is rather uncommon. Physiatrists should be aware of this condition in cerebral palsy patients with prolonged wrist flexion due to spasticity and provide timely diagnosis and treatment.

Keywords: Kienböck's disease, avascular necrosis, cerebral palsy, spasticity

J Thai Rehabil Med 2011; 21(1): 35-36

Corresponding to: Buntragulpoontawee M, M.D., Department of Rehabilitation Medicine, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai, 50200.

E-mail: mpukahut@med.cmu.ac.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเกิดความตระหนักถึงโรคคืบคอกหรือภาวะกระดูกงูเนตขาดเลือดที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยเด็กอัมพาตสมองใหญ่

รูปแบบงานวิจัย: รายงานผู้ป่วย

สถานที่ทำงานวิจัย: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.มหาสารนครเชียงใหม่

กลุ่มประชากร: ผู้ป่วยเด็กหญิงวัยรุ่น อายุ 16 ปี เป็นเด็กสมองพิการชนิดกล้ามเนื้อหดเกร็งร่วมกับการเคลื่อนไหวผิดปกติของขาและแขนทั้งสองข้าง

วิธีการศึกษา: รายงานผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อฉีดยาลดเกร็งเฉพาะที่บริเวณน่องทั้งสองข้าง ผู้ป่วยสังเกตเห็นด้านหลังของข้อมือขวาบวมและกดเจ็บเล็กน้อยสองสามเดือนก่อนมาพบแพทย์ แพทย์จึงส่งถ่ายภาพรังสี ให้การวินิจฉัยและการบำบัดรักษาตรวจพบข้อมือขวามักอยู่ในท่างอตลอดเวลาเพราะกล้ามเนื้อเกร็ง ภาพถ่ายรังสีข้อมือพบกระดูกงูเนตขาดเลือด รังสีแพทย์วินิจฉัยโรคคืบคอก จึงให้ยาแก้ปวดและอุปกรณ์ประคองข้อมือเป็นเวลาหกสัปดาห์ อาการปวดและบวมลดลงมาก และสามารถจับเครื่องช่วยพยุงเดินได้ดีขึ้น แพทย์ฉีดโบ툴ินัมทอกซินเพิ่มเติมที่กล้ามเนื้อแขนเพื่อลดเกร็งของกล้ามเนื้อข้อมือ ติดตามผลเป็นเวลาหนึ่งปีผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ อีก แม้ภาพถ่ายรังสีแสดงให้เห็นว่ากระดูกงูเนตยุบลงกว่าเดิม

สรุป: แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งเด็กอัมพาตสมองใหญ่เป็นประจำควรตระหนักถึงโรคคืบคอกหรือภาวะกระดูกงูเนตขาดเลือดไม่ใช่ภาวะที่พบได้บ่อย การวินิจฉัยและรักษาภายในเวลาที่เหมาะสมช่วยบรรเทาอาการปวดได้

คำสำคัญ: โรคคืบคอก, ภาวะกระดูกงูเนตขาด, อัมพาตสมอง, กล้ามเนื้อหดเกร็ง

เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2554; 21(1): 35-36

บทนำ

โรคอัมพาตสมองใหญ่⁽¹⁾ (cerebral palsy) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่า โรคสมองพิการ หรือ ซีพี เป็นปัญหาที่ พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู⁽²⁾ ปัญหาหลักของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งที่ขาและแขนทำให้ข้อมือรูปส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดภาวะกระดูกงูเนตขาดเลือด (avascular necrosis) หรือโรคคืบคอก (Kienböck's disease) ดังที่เกิดกับผู้ป่วยรายนี้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กหญิงวัยรุ่น อายุ 16 ปี เป็นเด็กโรคอัมพาตสมองใหญ่ชนิดกล้ามเนื้อหดเกร็งร่วมกับการเคลื่อนไหวผิดปกติของขา และแขนทั้งสองข้าง (spastic dyskinetic tetraplegia) มาพบแพทย์เพื่อฉีดยาลดเกร็งที่น่องทั้งสองข้าง ผู้ป่วยเดินได้ระยะใกล้โดยใช้เครื่องพยุงเดินสี่ขา สองเดือนก่อน ผู้ป่วยสังเกตเห็นว่าด้านหลังของข้อมือขวาบวมและกดเจ็บเล็กน้อย ทั้งที่ไม่มีประวัติบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุใด ๆ ตรวจร่างกายพบข้อมือขวาอยู่ในท่าเกร็งงอเกือบตลอดเวลา หลังข้อมือด้านเรเดียลขวาบวมและกดเจ็บ และผู้ป่วยไม่สามารถกระดกข้อมือขวาขึ้นเองได้ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1: ข้อมือขวาของผู้ป่วย ณ วันที่ตรวจพบครั้งแรก สังเกตว่าข้อมือเกร็งงอตลอดแม้อยู่ในขณะพัก หลังข้อมือด้านเรเดียลขวาบวม

แพทย์จึงสั่งถ่ายภาพรังสีข้อมือทั้งสองข้าง และพบว่ากระดูกอุแนตขวาขยุบตัวและขาขึ้น เข้าได้กับโรคคีนบอค (รูปที่ 2 ก.) หลังให้ยาแก้ปวดและอุปกรณ์ประคองข้อมือ (รูปที่ 3) เป็นเวลาหกสัปดาห์ ปรากฏว่าอาการปวดและบวมลดลงมากจนแทบไม่รู้สึกรู้สึกรไม่ต้องรับประทานยาแก้ปวดอีก และสามารถจับเครื่องช่วยพยุงเดินสี่ขาได้ดีขึ้น หลังจากนั้น แพทย์จึงฉีดโบทูลินัมทอกซินที่กล้ามเนื้อของข้อมือเพื่อลดเกร็ง 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละประมาณ 3 เดือน เมื่อติดตามผลที่หนึ่งปี พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ อีก แพทย์สามารถจับข้อมือขวาให้กระดกขึ้นได้เท่ากับข้างซ้าย แต่ภาพถ่ายรังสีที่หนึ่งปี พบว่ากระดูกอุแนตขยุบตัวมากขึ้นเข้ากับโรคคีนบอคระยะที่สาม (รูปที่ 2 ข.)



รูปที่ 2 ก. ภาพถ่ายรังสีครั้งแรก พบกระดูกอุแนตขาขึ้นและเริ่มมีการขยุบตัว



รูปที่ 2 ข. หลังจากติดตามเป็นเวลา 1 ปี พบกระดูกอุแนตขยุบตัวมากขึ้น



รูปที่ 3: อุปกรณ์พยุงข้อมือสำหรับผู้ป่วย

บทวิจารณ์

จากรายงานพบว่าโรคคีนบอค เป็นภาวะที่กระดูกอุแนตค่อย ๆ เสื่อมอย่างต่อเนื่องช้า ๆ ทำให้เนื้อกระดูกที่ตายถูกทดแทนด้วยเนื้อเยื่อพังผืด⁽³⁾ ที่มักเกิดกับผู้ใหญ่เพศชาย อายุ 20-40 ปี ที่ต้องใช้แรงงานหนัก ๆ อาการมักมาด้วยปวดข้อมือด้านหลัง มักพบภาวะเยื่อหุ้มข้ออักเสบร่วมด้วย (synovitis) ขยับข้อมือได้ลดลงและแรงบีบมือลดลง ผู้ที่เป็นโรคมานานมากอาการจะคล้ายกับภาวะกระดูกข้อมือเสื่อม⁽⁴⁾ แต่ในกรณีนี้ กลับเกิดขึ้นกับผู้ป่วยวัยรุ่นเพศหญิง ซึ่งไม่ได้ทำงานหนักแต่เป็นโรคอัมพาตสมองใหญ่ที่ข้อมืออยู่ในท่างอเนื่องจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งยังไม่เคยมีรายงานในประเทศไทย

ที่ผ่านมาไม่มีรายงานของต่างประเทศที่ศึกษาผู้ป่วยโรคอัมพาตสมองใหญ่ การศึกษาหนึ่งพบผู้ป่วย 5 ราย จาก 53 ราย อายุระหว่าง 17-28 ปี ที่มีโรคคีนบอค ซึ่งทุกรายมีภาวะกล้ามเนื้อเกร็งทำให้ข้อมืองอมากผิดปกติ และให้สมมุติฐานว่าข้อมือที่เกร็งอยู่ในท่างอตลอดเวลาอาจทำให้เลือดมาเลี้ยงกระดูกอุแนตน้อย ทำให้กระดูกอุแนตขาดเลือด⁽⁵⁾

ส่วนอีกรายงานหนึ่งจากประเทศญี่ปุ่นพบความชุกของโรคคีนบอคในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงถึง 2.7% และตั้งสมมุติฐานว่าโรคนี้น่าจะเกิดจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่กระทำต่อข้อมือสูงเป็นเวลานาน ร่วมกับมี negative ulnar variance ซึ่งหมายถึงส่วนปลายของกระดูกอัลนาร์สั้นกว่ากระดูกเรเดียล ที่เห็นได้จากภาพถ่ายรังสี⁽⁶⁾

โรคคีนบอคมี 4 ระยะ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ก็ต่อเมื่อเข้าสู่ระยะที่สามแล้ว ซึ่งก็คือ กระดูกอุแนตเกิดการขยุบตัวลง ส่วนระยะที่ 4 นั้นคือระยะกระดูกข้อมือเสื่อม จนถึงปัจจุบัน มีข้อเสนอแนวทางการรักษาโรคนี้หลายหลายวิธี แต่ส่วนใหญ่มักเริ่มจากการพยุงข้อไม่ให้อยู่ในท่างอ และยาแก้อักเสบจะพิจารณาผ่าตัดเมื่อวิธีดังกล่าวไม่ได้ผล ผู้ป่วยหลายรายตอบสนองดีต่อการรักษาโดยไม่ผ่าตัด ถึงแม้ว่าภาพถ่ายรังสีจะเป็นระยะที่ท้าย ๆ ของโรค⁽⁷⁾

ดังนั้นแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูที่ให้การบำบัดฟื้นฟูเด็กสมองพิการเป็นประจำ ควรตระหนักและสั่งถ่ายภาพรังสีบริเวณข้อมือในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะข้อมือเกร็งงอและเริ่มมีอาการปวดบวม เพื่อให้การวินิจฉัยและบำบัดได้อย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.พญ. อภิชนา ไชวินทะ ที่ให้คำแนะนำ แก้ไขปรับปรุงต้นฉบับ และ ผศ.นพ.สยาม ทองประเสริฐ ที่ให้การสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น พ.ศ. 2542. สืบค้นจากอินเทอร์เน็ตเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม, 2554, จาก <http://nirs3.royin.go.th/coinages/webcoinage.php>.
2. อุบลวรรณ วัฒนดิถกุล. ความรู้เพื่อมหาชน เวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อคุณภาพชีวิต. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์; 2553.
3. Cave EF. Kienböck's disease of the lunate. J Bone Joint Surg Am 1939; 21: 858-866.
4. Hooper G. Kienböck's disease. J Hand Surg [Br] 1992; 17B: 1:3-4.
5. Rooker GD, Goodfellow JW. Kienböck's disease in cerebral palsy. J Bone Joint Surg [Br] 1977; 59B: 3: 363-5.
6. Joji S, Mizuseki T, Katayama S, Tsuge K, Ikuta Y. Aetiology of Kienböck's disease based on a study of the condition among patients with cerebral palsy. J Hand Surg [Br] 1993; 18B: 294-8.
7. Schuind F, Eslami S, Ledoux P. Aspects of current management Kienböck's disease. J Bone Joint Surg [Br] 2008; 90B: 133-9.