



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Basic Clinical Neurology and Neurological Examination

ประสาทวิทยาคลินิกพื้นฐานและการตรวจร่างกายทางระบบประสาท

CHAPTER 13 การเคลื่อนไหวผิดปกติ

ปรัชญา ศรีวานิชภูมิ | ยุวดี พิทักษ์ปฐพี | วีรวัฒน์ แสงภัทราชัย



จิราพร จิตประไพกุลศาล
นาราพร ประยูรวิวัฒน์
กนกวรรณ บุญญพิสิฏฐ์

บรรณาธิการ



การเคลื่อนไหวผิดปกติ
Movement Disorders

13

การเคลื่อนไหวผิดปกติ Movement Disorders

ปรัชญา ศรีวานิชภูมิ / ยุวดี พิทักษ์ปฐพี / วีรวัฒน์ แสงภัทรราชัย

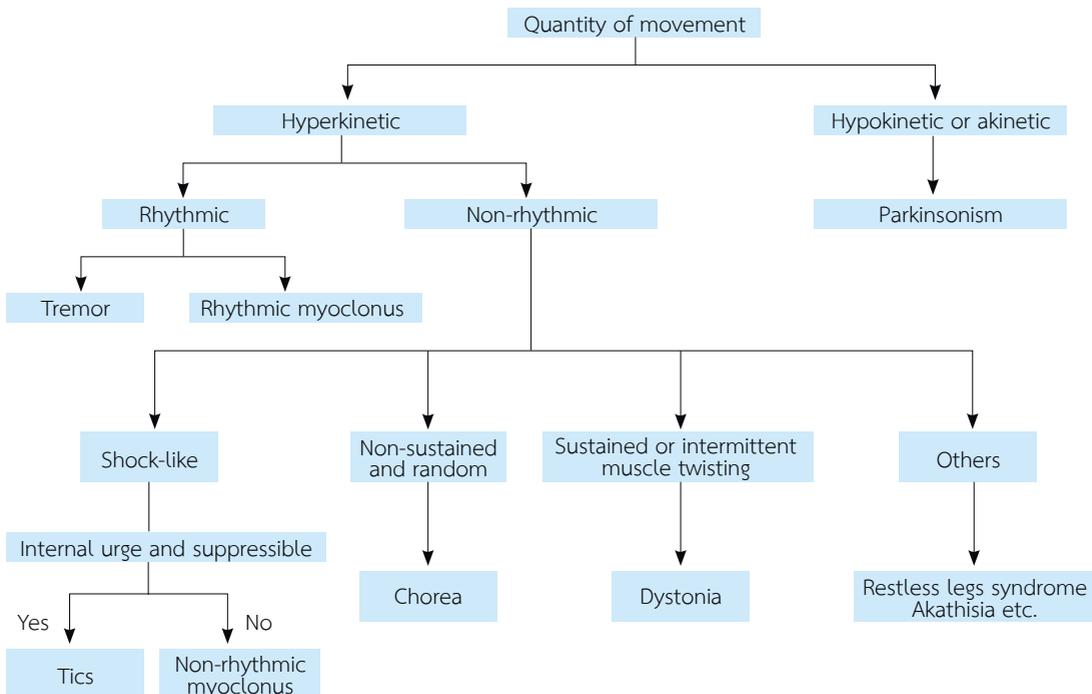
บทนำ

โรคในกลุ่มการเคลื่อนไหวผิดปกติ (movement disorders) คือ โรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว โดยอาจจะเป็นการเคลื่อนไหวที่มากกว่าปกติ (hyperkinesias) หรือเคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ (hypokinesias) โดยการเคลื่อนไหวผิดปกติดังกล่าวไม่ได้เป็นผลมาจากอาการอ่อนแรงหรืออาการแข็งเกร็ง (spasticity)⁽¹⁾

การประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยการเคลื่อนไหวผิดปกติ มีแนวทางการวินิจฉัยแตกต่างจากโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ ซึ่งจะเริ่มจากการระบุตำแหน่งของรอยโรค (localization) ตามด้วยสาเหตุของพยาธิสภาพ แต่ในผู้ป่วยที่มาด้วยการเคลื่อนไหวผิดปกติ

จะเริ่มจาก การวินิจฉัยรูปแบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ (phenomenology) ตามด้วยสาเหตุการเคลื่อนไหวผิดปกติ และการวางแผนการรักษา

การเคลื่อนไหวผิดปกติมีหลายชนิดและมีความรุนแรงแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายอาจมีอาการน้อยทำให้ยากต่อการสังเกตพบ การบอกลักษณะการเคลื่อนไหวผิดปกติมักอาศัยประสบการณ์จากการเคยได้เห็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติดังกล่าวมาก่อน ในบทความนี้จะกล่าวถึงแนวทางการจำแนกกลุ่มอาการการเคลื่อนไหวผิดปกติตามลักษณะที่ตรวจพบ แนวทางการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม และภาวะที่พบบ่อยที่เป็นสาเหตุของการเคลื่อนไหวผิดปกติชนิดต่าง ๆ



ภาพที่ 13.1 แนวทางการจำแนกชนิดการเคลื่อนไหวผิดปกติ⁽¹⁾

แนวทางการจำแนกกลุ่มการเคลื่อนไหวผิดปกติ

แนวทางการจำแนกกลุ่มการเคลื่อนไหวผิดปกติแบบต่าง ๆ⁽¹⁾ (ภาพที่ 13.1) สามารถทำโดยอาศัยการสังเกตจาก

- ปริมาณของการเคลื่อนไหวที่พบ (quantity) แบ่งออกเป็น
 - กลุ่มที่เคลื่อนไหวมากกว่าปกติ (hyperkinetic disorders)
 - กลุ่มที่เคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ (hypokinetic or akinetic disorders)
- จังหวะการเคลื่อนไหว (rhythmicity) โดยจะแบ่งออกเป็น
 - กลุ่มเคลื่อนไหวผิดปกติที่ส่วนใหญ่เป็นจังหวะสม่ำเสมอ (rhythmic disorders)
 - กลุ่มเคลื่อนไหวผิดปกติที่ส่วนใหญ่เป็นจังหวะที่ไม่สม่ำเสมอ (non-rhythmic or arrhythmic disorders)
- รูปแบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ (pattern) กลุ่มเคลื่อนไหวผิดปกติที่ส่วนใหญ่เป็นจังหวะสม่ำเสมอ มี 2 ชนิด ได้แก่
 - Tremor
 - Myoclonus ชนิดที่เป็นจังหวะ เช่น epilepsy partialis continua ซึ่งพบได้น้อยกว่า myoclonus ชนิดที่เป็นจังหวะไม่สม่ำเสมอกลุ่มเคลื่อนไหวผิดปกติที่ส่วนใหญ่เป็นจังหวะไม่สม่ำเสมอ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่
 - ภาวะกระตุก (shock-like) ได้แก่ tics และ myoclonus
 - ภาวะเคลื่อนไหวต่อเนื่อง ไม่มีแบบแผนที่แน่นอน (continuous flowing, random) ได้แก่ chorea
 - ภาวะบิด (twisting) ได้แก่ dystonia
 - กลุ่มอาการเคลื่อนไหวผิดปกติรูปแบบอื่น ๆ เช่น กลุ่มอาการขาอยู่ไม่สุข (restless legs syndrome) กลุ่มอาการร่างกายอยู่ไม่สุขซึ่งเป็นผลจากการที่ได้รับการรักษาโรคทางจิตเวช (akathisia)

- ความรู้สึกอยากขยับส่วนของร่างกาย (internal urge) และความสามารถในการบังคับให้การเคลื่อนไหวผิดปกตินั้นหยุดโดยความตั้งใจของผู้ป่วยเอง (suppressibility) ในกลุ่มที่มีอาการกระตุกสามารถใช้ internal urge และ suppressible แบ่งผู้ป่วยออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มที่มี internal urge และ suppressible ได้แก่ tics
- กลุ่มที่ไม่มี internal urge และไม่ suppressible ได้แก่ myoclonus (truly non-suppressible)
- Chorea เป็นกลุ่มที่ไม่มี internal urge และ partially or non-suppressible และ non-rhythmic myoclonus เป็นกลุ่มที่ไม่มี internal urge และ truly non-suppressible

การซักประวัติผู้ป่วยเคลื่อนไหวผิดปกติ

เช่นเดียวกับการซักประวัติทั่วไป แพทย์ควรซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการโดยละเอียด ประกอบด้วย

- ช่วงอายุที่เกิดอาการ (age at onset) โรคบางชนิด เช่น Sydenham chorea พบได้ในคนอายุน้อย บ่อยกว่าคนอายุมาก ในขณะที่โรคพาร์กินสันพบในคนอายุมากบ่อยกว่าคนอายุน้อย หรือโรคทางพันธุกรรม มักพบในคนที่อายุน้อยได้บ่อยกว่า
- จุดเริ่มต้นอาการ (onset) กรณีเกิดขึ้นทันทีทันใดมักเกิดจากความผิดปกติของระบบหลอดเลือด กรณีเกิดขึ้นเร็วแต่ไม่ทันทีเกิดได้จากสาเหตุการติดเชื้อหรือการอักเสบ ส่วนกรณีอาการเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างช้า ๆ มักจะเป็นโรคกลุ่ม neurodegenerative diseases เป็นต้น
- ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการจนมาพบแพทย์ (duration)
- ลักษณะการดำเนินของโรค (progression) สามารถบอกถึงพยากรณ์โรคได้ เช่น โรคมีการดำเนินเร็ว อาจมีสาเหตุมาจากภาวะการติดเชื้อหรือการอักเสบ ในขณะที่โรคที่ดำเนินโรคช้าอาจมีสาเหตุมาจากกลุ่ม neurodegenerative diseases มากกว่า

นอกจากนี้การดำเนินโรคที่ต่อเนื่องหรือการดำเนินโรคที่เป็น ๆ หาย ๆ สามารถบอกสาเหตุของการเคลื่อนไหวผิดปกติได้เช่นกัน

- **ตำแหน่งเริ่มแรกที่เกิดอาการ (origin)** เช่น dystonia ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กมักมีอาการกล้ามเนื้อบิดเริ่มต้นที่ขา ขณะที่ในผู้ใหญ่มักมีอาการเริ่มต้นที่คอ แขน หรือใบหน้า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมักจะมีอาการเริ่มต้นที่ร่างกายด้านใดด้านหนึ่งก่อนแล้วกระจายไปร่างกายซีกตรงข้าม แต่ผู้ป่วยภาวะ parkinsonism อื่นมักมีอาการเริ่มต้นที่ร่างกายทั้ง 2 ด้านพร้อม ๆ กัน

- **ลำดับการกระจายของอาการจากตำแหน่งเริ่มต้น (order of spreading)** เช่น อาการกระจายไปยังส่วนของร่างกายที่ใกล้กับตำแหน่งเริ่มต้น เช่น dystonia เกิดขึ้นที่มือจากนั้นกระจายมายังแขนและลามต่อไปที่คอ หรือ การกระจายเกิดขึ้นอย่างสะเปะสะปะ เช่น chorea เกิดขึ้นที่ปากและลิ้นและกระจายไปที่มือและเท้า

- **ระยะเวลาที่เริ่มกระจายจากตำแหน่งเริ่มต้นไปร่างกายส่วนอื่น** เป็นการบอกถึงการดำเนินโรคว่าดำเนินเร็วหรือช้า

- **ปัจจัยที่กระตุ้นหรือลดความรุนแรงของอาการ** เช่น การนอนหลับทำให้การเคลื่อนไหวผิดปกติหลายชนิดหยุดลง ยกเว้นการเคลื่อนไหวผิดปกติบางชนิด เช่น peripheral myoclonus หรือ epilepsy partialis continua

- **การเปลี่ยนแปลงอาการในแต่ละช่วงระหว่างวัน (diurnal variation)** กลุ่มอาการ dystonia บางชนิด เช่น กลุ่มโรค dopa-responsive dystonia ผู้ป่วยมีอาการดีในช่วงเช้าแต่มีอาการที่แย่ลงในช่วงเย็น

- **ความรู้สึกอยากขยับส่วนของร่างกาย (urge to move) และบังคับให้การเคลื่อนไหวผิดปกติหยุดโดยความตั้งใจของผู้ป่วย (suppressibility)** ช่วยในการวินิจฉัย tics

- **ประวัติอาชีพและงานที่ทำประจำ** เนื่องจาก dystonia บางชนิดสัมพันธ์กับการทำงานเดิมซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน เช่น musician's cramp เกิดขึ้นได้ในผู้ที่ฝึกซ้อมเครื่องเล่นดนตรีชนิดใดชนิดหนึ่งอย่างหนักเป็นเวลานานหลายปี หรือ writer's cramp เกิดขึ้น

ในผู้ที่เขียนหนังสือเป็นเวลาหลายชั่วโมงติดต่อกันมาเป็นเวลานานหลายปี

- **ประวัติการบาดเจ็บที่ศีรษะ คอ แขนหรือขา ประวัติการทำฟันหรือทำหัตถการในช่องปากและการใส่ฟันปลอม** เนื่องจากโรคการเคลื่อนไหวผิดปกติหลายชนิดอาจมีอาการตามหลังการบาดเจ็บส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น dystonia ที่เกิดขึ้นบริเวณปากและคาง (oromandibular dystonia) อาจเกิดตามหลังการทำหัตถการในช่องปาก เช่น ถอนฟัน หรือ cervical dystonia อาจเกิดตามหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะหรือคอ

- **ประวัติโรคประจำตัว** สามารถนำไปสู่การวินิจฉัยสาเหตุการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น โรคเบาหวาน Graves disease หรือ systemic lupus erythematosus (SLE: โรคเอสแอลอี) ทำให้เกิด chorea ในขณะที่ Wilson disease สามารถทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติได้ในหลายรูปแบบ

- **ประวัติการใช้ยา สารเสพติด การสัมผัสกับสารเคมี** เป็นประวัติที่สำคัญ เนื่องจากการเคลื่อนไหวผิดปกติทุกชนิดสามารถเกิดขึ้นได้จากการใช้ยาหรือสารเสพติด เพราะฉะนั้นควรค้นหารายชื่อยาหรือสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้เพื่อนำไปเทียบกับข้อมูลว่าสารดังกล่าวสามารถทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ตรวจพบได้หรือไม่

- **ประวัติการตอบสนองของการเคลื่อนไหวผิดปกติต่อวิธีการรักษา** เช่น ผู้ป่วย parkinsonism ที่ตอบสนองดีต่อการรับประทานยา levodopa มักพบในโรคพาร์กินสันมากกว่าโรคอื่นในกลุ่มโรค parkinsonism

- **ประวัติครอบครัว** ประวัติคนในครอบครัวมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยช่วยในการวินิจฉัยโรคในกลุ่มที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม อย่างไรก็ตาม พี่งระลึกไว้เสมอว่าการไม่มีประวัติคนในครอบครัวที่มีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยไม่ได้ตัดโอกาสความเป็นไปได้ของการที่จะเป็นโรคทางพันธุกรรม เนื่องจากผู้ป่วยอาจเป็นรายแรกในครอบครัวที่แสดงอาการ

- **ประวัติอาการตามระบบ** โรคทางอายุรกรรมหลายชนิดแสดงออกทางการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น Wilson disease, Graves disease โรคเอสแอลอี โรคติดเชื้อไวรัสเฮชไอวี

การตรวจร่างกายในผู้ป่วยเคลื่อนไหวผิดปกติ

การตรวจร่างกายในผู้ป่วยที่มาด้วยการเคลื่อนไหวผิดปกตินั้นนอกจากการตรวจร่างกายพื้นฐานทางระบบประสาทแล้ว แพทย์ควรสังเกตอาการของผู้ป่วยทั้งในขณะที่อยู่นิ่งและขณะเคลื่อนไหว สังเกตการเดินและการทรงตัว (วิดีโอที่ 13.1) ขั้นตอนการตรวจร่างกายประกอบด้วย

- สังเกตผู้ป่วยขณะนั่งนิ่งในท่าผ่อนคลายมากที่สุด โดยให้หลังพิงพนักเก้าอี้และวางมือ 2 ข้างลงที่หน้าตัก มืออยู่ในท่าหยางประมาณ 45 ถึง 60 องศาจาก neutral position และขอข้อศอก ถ้าเก้าอี้มีที่พักแขนให้ผู้ป่วยวางท่อนแขนส่วนล่างบนที่พักแขนและห้อยมือลงในท่าคว่ำมืออย่างผ่อนคลาย โดยในท่านี้จะสังเกตการเคลื่อนไหวผิดปกติในตำแหน่งต่าง ๆ ของร่างกายที่เกิดขึ้นในขณะที่พัก เช่น chorea, tremor, dystonia หรือ myoclonus หรือมีลำตัวโคลงเคลงไปมาหรือไม่ (ภาพที่ 13.2)

- จากนั้นให้ผู้ป่วยนั่งโดยไม่พิงหลังบนพนักเก้าอี้และให้ผู้ป่วยหลับตาและผ่อนคลายมากที่สุดเพื่อสังเกตตำแหน่งของคอและศีรษะว่าบิดหรือเอียงไปด้านใดด้านหนึ่งหรือไม่ (cervical dystonia) มีการยกไหล่ข้างใดข้างหนึ่งขึ้นสูงกว่าอีกข้างหนึ่งหรือไม่ จากนั้นให้ผู้ป่วยหันศีรษะไปทางด้านซ้ายและขวาเพื่อสังเกตพิสัยของการเคลื่อนไหวของคอและศีรษะ



ภาพที่ 13.2 สังเกตผู้ป่วยขณะนั่งนิ่งในท่าผ่อนคลาย

- สังเกตบริเวณใบหน้าว่าเคลื่อนไหวผิดปกติหรือไม่ สังเกตทุกบริเวณของใบหน้า เช่น หน้าผากรอบดวงตา รอบปาก คาง และบริเวณแก้ม จากนั้นให้ผู้ป่วยอ้าปากเพื่อสังเกตการเคลื่อนไหวของลิ้น ในขณะที่พกว่ามีลิ้นตัวต บิดและสั้นหรือไม่ ให้ผู้ป่วยแลบลิ้นออกมาตรง ๆ ค้างไว้ประมาณ 10 วินาที เพื่อสังเกตว่าสามารถงอแลบลิ้นได้เป็นเวลานานโดยไม่ชักลิ้นกลับเข้าไปในช่องปากหรือไม่ และสังเกตว่ามีคางหรือปากสั้นหรือไม่

- ตรวจการกลอกตา ประเมินการมองตามวัตถุ (pursuit) ตามมาตรฐานการตรวจการกลอกตา ตรวจการกลอกตาเร็วเพื่อการมองหาวัตถุ (saccade) โดยให้คำสั่งแก่ผู้ป่วยว่าให้มองเปลี่ยนกลับไปกลับมา ระหว่างปากกา 2 ด้ามหรือนิ้วมือ 2 นิ้ว ตรวจแนวราบระดับสายตาโดยการมองซ้าย-ขวา และแนวดิ่งโดยการมองขึ้น-ลง เนื่องจากโรคบางโรคอาจมีความผิดปกติในการมองโดยเฉพาะการกลอกตาเร็วในแนวดิ่ง เช่น โรค progressive supranuclear palsy โรค Niemann-Pick type C

- ตรวจหาอาการตากระตุก (nystagmus) โดยการให้ผู้ป่วยมองไปให้สุดด้านซ้าย ขวา บน และล่าง ให้ผู้ป่วยมองค้างไว้ตำแหน่งละประมาณ 5-10 วินาที เพื่อสังเกตการกระตุกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถพบภาวะ nystagmus ได้ในโรคที่มีความผิดปกติของ cerebellum เช่น multiple system atrophy, spinocerebellar ataxia

- ตรวจการออกเสียง ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าสุดและเปลี่ยนเสียง “อี” หรือ “อา” ให้ยาวที่สุดเพื่อฟังเสียงของผู้ป่วยว่ามีเสียงสั่นเป็นคลื่นหรือ voice tremor หรือไม่ ตรวจความผิดปกติในรูปแบบอื่น เช่น dysphonia จากนั้นให้ผู้ป่วยพูดประโยคต่าง ๆ เพื่อประเมิน dysarthria หรือ scanning speech

- ให้ผู้ป่วยพยายามบังคับการเคลื่อนไหวผิดปกติให้หยุดโดยให้ผู้ป่วยตั้งใจหยุดการเคลื่อนไหวนั้น ๆ ด้วยตนเอง (suppress) โดยไม่ใช้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายจับหรือกดให้หยุด

- ตรวจการเคลื่อนไหวผิดปกติ ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนทั้ง 2 ข้างออกมาด้านหน้าขนานกับพื้น ค้างไว้ประมาณ 10-15 วินาที จากนั้นเปลี่ยนท่าเป็นตั้งฝ่ามือขึ้น 90 องศาในขณะที่แขนทั้ง 2 ข้างยังเหยียดออกมาด้านหน้าและขนานกับพื้นค้างไว้ประมาณ 10-15 วินาที จากนั้นให้ผู้ป่วยคว่ำมือและงอข้อศอก ทำคล้ายกับการตรวจแรงของกล้ามเนื้อ deltoid แต่ให้แบมือและวางมือให้อยู่ในระดับเดียวกับจมูก โดยท่อนแขนส่วนปลายและฝ่ามือขนานกับพื้นค้างไว้ 10-15 วินาที จากนั้นให้ผู้ป่วยวางมือลงที่หน้าตักเพื่อพักมือและแขน การตรวจนี้ช่วยให้เห็นการเคลื่อนไหวผิดปกติบางชนิด เช่น postural tremor

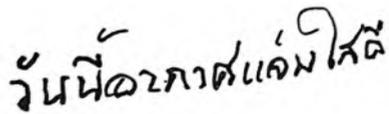
- ตรวจ finger-to-nose-to-finger test เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความแม่นยำในการแตะวัตถุเป้าหมายดีเพียงใดและมีการพลาดเป้าหรือไม่ (dysmetria) และสังเกตขณะที่นิ้วของผู้ป่วยกำลังจะแตะนิ้วผู้ตรวจหรือปลายจมูกของผู้ป่วย ว่ามือสั่นหรือไม่ (intention tremor) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ cerebellum

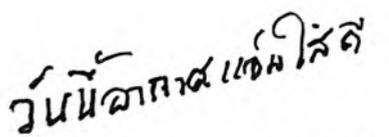
- ให้ผู้ป่วยเขียนชื่อ-นามสกุล หรือเขียนประโยค เช่น “วันนี้อากาศสดใส” หรือ “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” เพื่อสังเกตลักษณะท่าทางการจับปากกาและท่าทางของนิ้วมือ ข้อมือ ข้อศอก และไหล่ ว่ามีอาการสั่น กระตุก หรือบิดผิดรูปหรือไม่ สังเกตตัวหนังสือว่าขนาดเปลี่ยนแปลงหรือไม่ เช่น ตัวหนังสือมีขนาดเล็กลงเรื่อย ๆ หลังจากเขียนหนังสืออย่างต่อเนื่อง (micrographia) พบในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (ภาพที่ 13.3 ก.) จากนั้นให้ทดสอบการวาดวงกลมกันหอย (Archimedes spiral) (ภาพที่ 13.3 ข.)

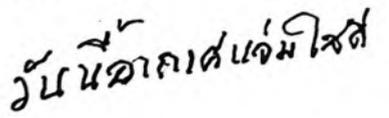
เพื่อประเมินการสั่นขณะเคลื่อนไหว โดยขณะที่วาดต้องไม่ให้มีส่วนใดของมือและแขนสัมผัสกับพื้นโต๊ะและให้วาดทั้งมือซ้ายและขวา

- ตรวจหา bradykinesia มีลักษณะจำเพาะ คือ การลดลงของความเร็ว (slowness) ร่วมกับมีความกว้าง (amplitude) ในการเคลื่อนไหวลดลงเมื่อทำกิจกรรมนั้นซ้ำ ๆ โดยตรวจมือที่ละข้างสลับกันในแต่ละท่าของการตรวจ ทำในท่าที่เหยียดแขนออกมาด้านหน้าขนานกับพื้น มี 3 ท่า ได้แก่

- 1) ตะนิ้วชี้และนิ้วโป้งเข้าหากันและกางออกให้สุด (ท่าจับนิ้ว)
- 2) กำมือแบมือให้สุด
- 3) หมุนมือคว่ำหงาย

ก. 

ข. 

ค. 



ภาพที่ 13.3 ลักษณะการเขียนในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และ essential tremor

- ก. ลักษณะ micrographia
- ข. ภาพ Archimedes spiral ที่วาดโดยผู้ป่วย essential tremor พบว่าเส้นจะไหวเป็นคลื่น