

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคไขสันหลังอักเสบจากแอนติบอดีต่อไมอีลินโอลิโกเดนโดรไซต์ไกลโคโปรตีน : กรณีศึกษา

แพทย์หญิงภัคจิรา ธรรมเจียรกุล¹

นายแพทย์อนุวรรตน์ บุญส่ง²

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยชายอายุ 24 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ให้ประวัติอ่อนแรงขาทั้งสองข้าง 12 วัน อาการมากขึ้นเริ่มจากสามารถเดินไปได้แบบช้า ๆ จนกระทั่งยกขาไม่ได้ ร่วมกับปัสสาวะไม่ออก 8 วัน จำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจร่างกายพบ motor power grade 0 at both lower extremities เป็นลักษณะ upper motor neuron lesion ร่วมกับ impaired pinprick sensation up to T4 dermatome level จึงตรวจ MRI whole spine พบ long segmental T2 hyperintense lesion involving spinal cord at C2 to L1 levels และพบ anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies (anti-MOG Ab) ในเลือด วินิจฉัยเป็น โรคไขสันหลังอักเสบจากแอนติบอดีต่อไมอีลินโอลิโกเดนโดรไซต์ไกลโคโปรตีน (Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Transverse Myelitis) เริ่มรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำ 5 วัน อาการไม่ตอบสนองต่อการรักษาจึงได้รับการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (Plasma exchange) ทั้งหมด 5 ครั้ง จากนั้นขาทั้งสองข้างเริ่มยกลอยได้ ผู้ป่วยได้รับยาสเตียรอยด์กินต่อเนื่องและค่อย ๆ ลดยาลงในเวลา 3 เดือน ติดตามหลังเริ่มการรักษา 1 เดือนกลับมาเดินได้และสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ มีนัดติดตามที่ 6 เดือน ตรวจ anti-MOG antibodies อีกครั้งเพื่อประเมินโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ

¹ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลมุกดาหาร

² อายุรแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท หน่วยงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลมุกดาหาร

วันรับบทความ

28 พฤศจิกายน 2568

แก้ไขบทความ

1 มีนาคม 2569

ตอบรับตีพิมพ์

10 มีนาคม 2569

Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein Antibodies associated Transverse Myelitis Patient : A Case Study

Pakjira Thamthiankul

Anuwat Boonsong

Abstract

A 24-year-old male without an underlying disease presented with progressive paraparesis for 12 days with urinary disturbance requiring a Foley catheter for 8 days. His significant neurological deficit included motor power grade 0 of both lower extremities, which is upper motor neuron type, and impairment of pinprick sensation up to T4 dermatome. MRI imaging of his whole spine showed a long segmental hyperintense lesion in T2-weighted image involving spinal cord at C2 to L1 levels. Many tests were done to find the cause of transverse myelitis in this patient. At last, anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies (anti-MOG Ab) were found in his serum. The initial treatment of intravenous high-dose steroid for 5 days had not improved his motor power, so plasmapheresis was arranged for 5 times in 10 days, resulting in improvement of his motor power of right and left legs to grade II and IV, respectively. Then a prednisolone taper followed. 1 month after the treatment, the patient had visited OPD, walking normally, and the Foley catheter was removed. At 6 months, anti-MOG antibodies test will be repeated for evaluation of risk of disease relapse.

บทนำ

Transverse Myelitis

ภาวะไขสันหลังอักเสบ เป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบของไขสันหลังที่ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ซึ่งทำให้มีอาการอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ และปัสสาวะอุจจาระผิดปกติ แบบเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลัน โดยเป็นการอ่อนแรงขาทั้งสองข้างหรือแขนขาทั้งหมด และมีลักษณะ upper หรือ lower motor neuron lesion ขึ้นกับระดับของไขสันหลังที่มีพยาธิสภาพ โดยพบมากที่สุดที่ไขสันหลังระดับอก การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติสามารถเป็นแบบเจ็บปวดมากผิดปกติหรือความรู้สึกลดลงผิดปกติได้ ส่วนอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติเป็นได้ตั้งแต่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ปัสสาวะไม่ออก ท้องผูก หรือภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาจมีอาการปวดหลังได้ในบางราย นอกจากนี้สามารถทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวได้หากมีพยาธิสภาพที่ไขสันหลังส่วนคอระดับที่ 3 ถึง 5 ซึ่งควบคุมกล้ามเนื้อกระบังลม^{1,2}

สาเหตุการเกิดภาวะไขสันหลังอักเสบมีหลายหลาย ส่วนใหญ่ไม่พบสาเหตุแน่ชัด ส่วนสาเหตุที่สามารถระบุได้ในปัจจุบันแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

1. การเกิดตามหลังการติดเชื้อ เช่น enteroviruses, West Nile virus, herpes viruses, HIV, human T-cell leukemia virus type I (HTLV-1), Zika virus, neuroborreliosis (Lyme), Mycoplasma และ Treponema pallidum
2. การอักเสบจากภูมิคุ้มกันต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น multiple sclerosis (MS), neuromyelitis optica (NMO), acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) และ myelin oligodendrocyte glycoprotein-associated disease (MOGAD)
3. กลุ่มอาการอักเสบทั่วร่างกาย เช่น ankylosing spondylitis, antiphospholipid syndrome, Behcet disease, mixed connective tissue disease, rheumatoid arthritis, sarcoidosis, scleroderma, Sjögren syndrome และ systemic lupus erythematosus

โรคไขสันหลังอักเสบพบได้น้อยประมาณ 1 ในล้านคนต่อปี สามารถพบได้ทุกช่วงอายุ โดยพบมากในช่วงอายุ 10 ถึง 19 ปี และ 30 ถึง 39 ปี พบในเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าสำหรับ multiple sclerosis

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไขสันหลังอักเสบ มีดังนี้

1. อาการอ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ และปัสสาวะ/อุจจาระผิดปกติที่อธิบายด้วยพยาธิสภาพบริเวณไขสันหลัง
2. MRI พบ T2 hyperintense signal
3. ไม่พบหลักฐานของภาวะไขสันหลังถูกกดทับ
4. อาการเป็นทั้งสองข้างของร่างกาย
5. การดำเนินโรคถึงจุดที่แย่ที่สุด (nadir) ในช่วง 4 ชั่วโมงถึง 21 วัน

การรักษาทำได้โดยการให้สเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำโดยเร็วที่สุดตั้งแต่วินิจฉัย ไม่จำเป็นต้องรอผลเลือดเพิ่มเติม ได้แก่ methylprednisolone หรือ dexamethasone เป็นเวลา 3 ถึง 5 วัน และทำการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (plasma exchange) เพิ่มเติมหากไม่ตอบสนองต่อสเตียรอยด์ ตามด้วยการให้ prednisolone กินต่อเนื่องแบบค่อย ๆ ลดลง นอกจากนี้มีการให้ยากดภูมิคุ้มกันเพิ่มเติม เช่น cyclophosphamide mycophenolate และ rituximab สำหรับภาวะไขสันหลังอักเสบจากบางสาเหตุที่กลับเป็นซ้ำ โดยยังมีการศึกษาไม่เพียงพอสำหรับโรคไขสันหลังอักเสบชนิด MOGAD

การวินิจฉัยแยกโรคควรนึกถึงอันดับแรก คือ ภาวะไขสันหลังถูกกดเบียด เช่น หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น กระดูกสันหลังหักยุบ กระดูกสันหลังเสื่อม และฝีติดเชื้อในโพรงกระดูกสันหลัง รวมถึงแยกโรคจากสาเหตุทางหลอดเลือด ทางเมแทบอลิซึม เนื้องอก และการฉายรังสี

ผู้ป่วยส่วนมากมักมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ถึง 3 เดือนและดีขึ้นต่อเนื่องเมื่อทำกายภาพบำบัดจนกระทั่งหายสนิทภายในเวลา 3 เดือนถึง 2 ปี พบว่าโอกาสที่จะหายสนิทหรืออาการดีขึ้นบางส่วนหรือไม่ดีขึ้นเลยมีพอ ๆ กัน โดยผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงอย่างสมบูรณ์ เป็นเร็ว และมี spinal shock มักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี นอกจากนี้โรคไขสันหลังอักเสบสามารถกลับเป็นซ้ำได้แต่พบไม่บ่อย

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ อาการปวดเรื้อรัง ข้อติด ภาวะซึมเศร้า และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

Anti-myelin oligodendrocyte glycoprotein antibodies associated disease (MOGAD)

หนึ่งในสาเหตุที่พบได้ไม่บ่อยของภาวะไขสันหลังอักเสบ คือการมีภูมิคุ้มกันต่อ myelin oligodendrocyte glycoprotein ซึ่งเป็นไกลโคโปรตีนบนผิวของปลอกหุ้มเส้นประสาทที่อยู่ในระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อมีการสร้างแอนติบอดีมาจับทำให้เกิดภาวะระบบประสาทส่วนกลางอักเสบหรือเส้นประสาทตาอักเสบได้ เรียกรวมว่า myelin oligodendrocyte glycoprotein-associated disease (MOGAD) พบได้พอกันในเพศชายและหญิง พบในเด็กประมาณ 3 ในล้านคนและในผู้ใหญ่ประมาณ 2 ในล้านคน โดยพบมากที่สุดของเด็ก (35%) และพบในผู้ใหญ่ตอนต้นถึงกลางเป็นอันดับสอง³

การวินิจฉัย MOGAD เป็นการวินิจฉัยที่เกิดขึ้นหลังแยกโรคอื่นออกไป โดยควรมีทั้งอาการทางคลินิกแบบ typical phenotypes ร่วมกับการตรวจพบ anti-MOG antibodies ในเลือดหรือน้ำไขสันหลัง โดยน้ำไขสันหลังอาจตรวจได้ลักษณะของการอักเสบคือมีเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติและเป็นชนิดลิมโฟไซต์เด่น (Lymphocytic pleocytosis)

Typical phenotypes ได้แก่ ภาวะการอักเสบเฉียบพลันของเส้นประสาทตา หรือไขสันหลัง หรือสมอง หรือร่วมกันหลายส่วน ทั้งแบบเกิดครั้งเดียวหรือเกิดซ้ำ โดยการอักเสบของเส้นประสาทตา (MOG-ON) มักเกิดขึ้นภาวะเดียว ไม่เกิดร่วมกับสมองหรือไขสันหลัง และ MRI พบ long segmental involvement of optic nerve⁴ ส่วนการอักเสบของไขสันหลัง (MOG-associated myelitis) มาด้วยอาการทางคลินิกของภาวะไขสันหลังอักเสบที่ไต่กล่าวก่อนหน้านี้และ MRI มักพบเป็น longitudinally extensive transverse

myelitis ที่ไขสันหลังส่วนใดก็ได้ตั้งแต่ medulla จนถึง conus medullaris โดยพบเป็น linear central T2 hyperintensity in sagittal plane และเป็น H pattern in axial plane³

การตรวจพบ anti-MOG antibodies ในเลือดมีความสำคัญมากกว่าในน้ำไขสันหลังเนื่องจาก แอนติบอดีส่วนมากสร้างจากนอกเยื่อหุ้มไขสันหลัง ซึ่งจะนับว่า positive เมื่อ titer>1:20 และพบว่ามี positive predictive value โดยรวมประมาณ 72% ในขณะที่ titer>1:1000 จะมี positive predictive value 100% ในการวินิจฉัย MOGAD แต่ควรระมัดระวัง false positive ในผู้ป่วยที่มาด้วย atypical phenotypes โดยเฉพาะเมื่อตรวจพบ anti-MOG antibodies positive low titer⁵

สำหรับการรักษา MOGAD เนื่องจากพบได้น้อยและยังมีการศึกษาน้อยกว่า multiple sclerosis และ neuromyelitis optica จึงแนะนำให้รักษาด้วยสเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำหรือการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา ยังมีการศึกษาไม่มากพอสำหรับการใช้ยากดภูมิคุ้มกันที่ได้กล่าวไปก่อนหน้านี้² นอกจากนี้การตรวจ anti-MOG antibodies ซ้ำที่ 6 เดือนหลังการรักษาอาจช่วยบอกโอกาสในการกลับเป็นซ้ำได้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยใส่อายุ 24 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดมุกดาหาร อาชีพทำไร่ไถ่ อพยพจาการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2

อาการสำคัญ

ขาทั้งสองข้างอ่อนแรงมากขึ้นมา 12 วัน

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

12 วันก่อน ผู้ป่วยเริ่มอ่อนแรงขาทั้งสองข้าง เดินลำบากต้องช่วยพยุง อาการค่อยเป็นค่อยไป ไม่ได้เป็นเฉียบพลัน ไม่ได้เป็น ๆ หาย ๆ ไม่ได้สังเกตอาการขา แขนทั้งสองข้างมีแรงปกติ พูดชัดดี ไม่มีหน้าเบี้ยว ไม่มีหนังตาตก ไม่มีไข้ ไม่ปวดศีรษะ ไม่ปวดหลัง ไม่มีอาการใช้หัวหรืออาเจียนถ่ายเหลวมามาก่อน ไม่ได้ฉีดวัคซีนไขว้หรือวัคซีนอื่นมาหลายปี

8 วันก่อน ปัสสาวะไม่ออก มาพบแพทย์ตรวจเบื้องต้นไม่พบนิ่วในทางเดินปัสสาวะ ไม่พบไตบวมน้ำ ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจปริมาณปัสสาวะคั่งในกระเพาะปัสสาวะได้ 1200 มิลลิลิตร จากนั้นนัดติดตามเป็นผู้ป่วยนอก แพทย์ให้ถอดสายสวน ต่อมาปัสสาวะไม่ออกได้ใส่สายสวนใหม่ รวม 3 ครั้ง

1 วัน ผู้ป่วยอ่อนแรงมากขึ้นจนเดินไม่ได้ จึงมาพบแพทย์

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา สูบบุหรี่ 10 มวนต่อวันมา 10 ปี เคยดื่มสุราหนัก ปัจจุบันดื่มเฉพาะตามงานสังสรรค์ มีประวัติ 3 สัปดาห์ก่อนเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์รักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งเป็นเวลา 1 คืน เป็นแผลลอกที่ข้อศอก ไม่มีบาดเจ็บที่หลังหรือศีรษะ

ประวัติครอบครัว

ไม่มีคนในครอบครัวมีอาการคล้ายกัน ไม่มีประวัติโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงในครอบครัว ไม่มีประวัติวัณโรคในครอบครัว

การตรวจร่างกายแรกพบ

Vital signs: T 38.2°C, P 96 bpm, BP 126/68 mmHg, RR 20/min

General appearance: Young male, good conscious, not pale, no jaundice, no dyspnea, no pitting edema

Cardiovascular system: Normal S1 and S2, no murmur, no heaving, no thrills, regular pulses

Respiratory system: Normal chest contour, no retraction, normal breath sounds, no adventitious sounds

Abdomen: No distention, normal bowel sounds, soft, not tender, no guarding or rigidity, no rebound tenderness, no hepatosplenomegaly, no palpable mass, no CVA tenderness

Musculoskeletal system: No stepping, no tenderness along spine

Skin: No serpiginous lesion

Neurological system:

- E4V5M6, pupils 3 mm RTLBE, no nystagmus, full EOM, no facial palsy, no ptosis
- Motor power : Right and left upper extremities grade V, right and left proximal and distal lower extremities grade 0
- No muscle atrophy, normotonia, hyperreflexia 3+ both knees
- Babinski dorsiflexion both feet
- Impaired pinprick sensation up to T4 dermatome
- Normal sphincter tone
- Stiff neck negative

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count: Hb 13.3 g/dL, Hct 40.5 %, WBC 11,380/uL, N 69%, L 17%, Plt 227,000/uL

Chemistry: BUN 17.4 mg/dL, Cr 0.8 mg/dL, eGFR 125 mL/min/1.7m², Na 138 mmol/L, K 3.74 mmol/L, Cl 101 mmol/L, HCO₃ 30 mmol/L, Ca 9.2(9.6) mg/dL, P 4.23 mg/dL, Mg 1.88 mg/dL

Liver function test: Alb 3.5 g/dL, Glb 3.7 g/dL, AST 116 IU/L, ALT 58 IU/L, ALP 88 IU/L, TB 0.52 mg/dL, DB 0.15 mg/dL

Urinalysis: Clear yellow, pH 7.0, Sp.gr 1.015, Squamous epithelium not seen, WBC 3-5/HPF, RBC 10-20/HPF, (WBC 5-10 at previous hospital, before antibiotics)

MRI Whole Spine (รูปที่ 1):

Long segmental T2 hyperintense lesion involving spinal cord at C2 to L1 levels

Lumbar Puncture:

Open pressure 25 cmH₂O

Close pressure 17 cmH₂O

WBC 189 cells/mm²

RBC 22 cells/mm²

Lymphocyte 56%, PMN 6%,

Eo 31%, Monocyte 7%

Protein 75 mg/dL, Glucose 57 mg/dL

Others:

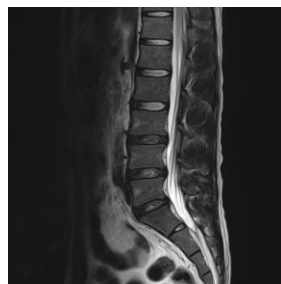
- Meningitis/encephalitis 15 panel: not detected all
 - CSF PCR for TB: negative
 - Serum and CSF Cryptococcal Ab: negative
 - anti-HIV: negative, VDRL: non-reactive
 - ANA: negative, anti-dsDNA: negative
 - Serum anti-MOG Ab: positive low titer (<1:100)
 - CSF anti-MOG Ab: negative
 - Serum and CSF anti-NMO Ab: negative
 - Oligoclonal band: not detected in serum and CS
-



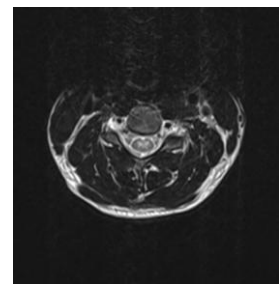
[B] Cervical part



[C] Thoracic part



[D] Lumbar part



[E] H pattern in axial plane

[A] MRI Whole Spine: Long segmental T2 hyperintense lesion (C2 to L1)

รูปที่ 1 MRI

การดำเนินโรค

ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ คือ Methylprednisolone 1000 mg IV OD เป็นเวลา 5 วัน ตามด้วยยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน Prednisolone 80 มิลลิกรัมต่อวัน (1 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน) หลังเริ่มยา 7 วันติดตาม motor power ขาขวาและขาซ้าย grade 0 และ I ตามลำดับ หลังเริ่มยา 12 วันติดตาม motor power ยังคงพอเดิม จึงได้รับการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (Plasma exchange) ทั้งหมด 5 ครั้งในระยะเวลา 10 วัน จากนั้นตรวจติดตาม motor power ขาขวาและขาซ้าย grade II และ IV ตามลำดับ ระหว่างนี้ได้รับยาสเตียรอยด์อยู่ตลอดโดยหลังเริ่มยา 10 วันและ 14 วันแพทย์ได้ปรับลดระดับยาเป็น 50 มิลลิกรัมต่อวันและ 40 มิลลิกรัมต่อวันตามลำดับ หลังเริ่มการรักษา 4 สัปดาห์ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตรวจ motor power ขาขวาและขาซ้าย grade III และ IV ตามลำดับ ยังไม่สามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ หลังจากนั้น 1 เดือนมาพบแพทย์ตามนัดสามารถเดินได้มั่นคงมากขึ้นและถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ มีนัดติดตามที่ 6 เดือนตรวจ anti-MOG antibodies อีกครั้งเพื่อประเมินโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยชายอายุน้อย ไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยขาสองข้างอ่อนแรง ชาตั้งแต่ระดับอกลงไป และการควบคุมปัสสาวะผิดปกติ โดยเฉพาะมีปัสสาวะอุจจาระผิดปกติ ทำให้นึกถึงพยาธิสภาพที่ไขสันหลัง การตรวจร่างกายพบ motor of lower extremities grade 0 ในลักษณะ upper motor neuron lesion และ impaired pinprick sensation up to T4 dermatome ช่วยสนับสนุนว่าพยาธิสภาพอยู่ที่ไขสันหลังระดับประมาณอก

สำหรับการหาพยาธิสภาพที่ไขสันหลังจำเป็นต้องแยกภาวะการการถูกกดเบียดหรือ spinal cord compression ออกก่อนเป็นอันดับแรก โดยเลือกตรวจเป็น MRI whole spine พบ Long segmental T2 hyperintense lesion involving spinal cord at C2 to L1 levels บ่งบอกว่าเป็นภาวะไขสันหลังอักเสบ (transverse myelitis) ซึ่งภาวะดังกล่าวเกิดได้จากหลายสาเหตุ ในผู้ป่วยรายนี้ไม่พบประวัติที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงใด การตรวจน้ำไขสันหลังพบลักษณะ lymphocyte pleocytosis ร่วมกับตรวจเพิ่มเติมหาสาเหตุทั้งสามกลุ่มที่กล่าวไปในบทนำ ได้แก่ ตรวจหาการติดเชื้อในระบบประสาท ภูมิคุ้มกันต่อระบบประสาทส่วนกลาง และโรคความผิดปกติหลายระบบ ซึ่งผลตรวจเบื้องต้นยังไม่พบสาเหตุ และเนื่องจากการรอจนได้การวินิจฉัยที่แน่นอนจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ร่วมกับภาวะไขสันหลังอักเสบส่วนมากมีวิธีการรักษาใกล้เคียงกัน ผู้ป่วยจึงได้เริ่มรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ขนาดสูงทางหลอดเลือด ต่อมาอาการยังไม่ดีขึ้น จึงได้รับการเปลี่ยนถ่ายพลาสมาด้วยข้อบ่งชี้จากการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ตามแผนการรักษา MOGAD ระหว่างนั้นได้เก็บเลือดและน้ำไขสันหลังตรวจเพิ่มเติมหา anti-MOG antibodies ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้น้อยมาก ผลพบว่า serum anti-MOG Ab: weakly positive โดยคาดว่าอธิบายได้จากการเก็บสิ่งส่งตรวจหลังจากได้รับการรักษาไปแล้วส่วนหนึ่ง ผลสรุปว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นลำดับและกลับมาเดินได้สะดวกเมื่อตรวจติดตามไปเป็นระยะเวลา 3 เดือน

สรุป

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้กล่าวถึงผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการขาอ่อนแรงสองข้างร่วมกับปัสสาวะผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการที่ควรวินิจฉัยแยกโรคกับพยาธิสภาพที่ไขสันหลังเสมอ เมื่อตรวจร่างกายพบการรับรู้สึกผิวหนังลดลงมีจุดตัดเป็นระดับชัดเจน และพบกล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบ upper motor neuron lesion เท่ากันที่ขาสองข้าง ยิ่งช่วยสนับสนุนรอยโรคที่ไขสันหลัง โดยสรุปผู้ป่วยรายนี้มีลักษณะทางคลินิกเข้าได้ พบลักษณะภาพ MRI ที่จำเพาะ ตรวจน้ำไขสันหลังพบ lymphocyte pleocytosis และ anti-MOG Ab positive จึงวินิจฉัยเป็น anti-MOG antibodies associated transverse myelitis ได้รับการรักษาด้วย IV high dose steroid อาการไม่ดีขึ้น จึงทำการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา อาการอ่อนแรงดีขึ้น หลังติดตามการรักษาที่ 1 เดือนผู้ป่วยเดินได้สะดวกและถอดสายสวนปัสสาวะได้ มีนัดติดตาม anti-MOG antibodies ที่ระยะ 6 เดือนเพื่อประเมินการกลับเป็นซ้ำต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Simone CG, Emmady PD. Transverse Myelitis. [Updated 2022 Nov 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559302/>
 2. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, eds. Harrison's principles of internal medicine. 20th ed. McGraw Hill; 2018. Accessed April 19, 2020.
 3. Longbrake E. Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein-Associated Disorders. Continuum (Minneap Minn). 2022 1;28(4):1171-1193. doi: 10.1212/CON.0000000000001127.
 4. Padungkiatsagul T, Chen JJ, Jindahra P, Akaishi T, Takahashi T, Nakashima I, et al. Differences in clinical features of myelin oligodendrocyte glycoprotein antibody-associated optic neuritis in white and asian race. Am J Ophthalmol. 2020 219:332-340. doi: 10.1016/j.ajo.2020.07.008.
 5. Sechi E, Buciuc M, Pittock SJ, Chen JJ, Fryer JP, Jenkins SM, et al. Positive predictive value of Myelin oligodendrocyte glycoprotein autoantibody testing. JAMA Neurol. 2021 1;78(6):741-746. doi: 10.1001/jamaneurol.2021.0912.
-