

พ่อครัวชาวลาว อายุ 24 ปี ไม่มีโรคประจำตัว

Chief complaint :

มีอาการปวดแสบร้อนบริเวณเท้าซ้าย 1 ชั่วโมง ก่อน
มาโรงพยาบาล

Present illness :

2 สัปดาห์ก่อน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บแปล็บๆ
บริเวณเอวด้านหลังตรงกลาง ร้าวไปตามแนวกระดูกสัน
หลังในแนวตั้ง เจ็บแปล็บครั้งละไม่ถึง 1 นาที แต่ครั้ง
ห่างกันไม่ถึง 1 นาที เมื่อยืดหลังตรงจะมีอาการเจ็บมาก
ขึ้นต้องนั่งงอตัว จึงไปซื้อยาคลายเส้นมารับประทาน
อาการเจ็บดีขึ้น

1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดแสบร้อน
ที่บริเวณเท้าซ้าย และไล่ขึ้นมาที่บริเวณน่อง โดยจะมี
อาการเป็นจุดๆ ครั้งละไม่ถึง 1 นาที และปวดไล่ขึ้นมาถึง
ต้นขา ร่วมกับมีอาการชาและรู้สึกขาอ่อนแรงลงกว่า
ปกติ ขณะนอนสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการปวด
แสบร้อนที่บริเวณขาขวาลักษณะเช่นเดียวกับที่เป็น
บริเวณข้างซ้ายมาก่อน หลังจากขึ้นไปนอนที่หอผู้ป่วย
มีอาการปัสสาวะไม่ออกต้องใส่สวนปัสสาวะไว้

ขณะนอน รพ. วันที่ 2 เริ่มมีอาการขาสองข้างอ่อน
แรง โดยข้างขวาอ่อนแรงมากกว่าข้างซ้าย และอาการ
อ่อนแรงเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ อาการเจ็บแปล็บๆ บริเวณเอว
ด้านขวายังคงมีอยู่เป็นพักๆ

มีประวัติชอบกินอาหารสุกๆ ดิบๆ เช่น ลาบดิบ ก้อย
เนื้อ ช่วงที่อยู่ประเทศลาวกินเป็นประจำ ตั้งแต่มาทำงาน
ที่ไทยก็กินบ้างนานๆ ครั้ง ล่าสุดประมาณ 1 เดือนก่อน

Physical examination :

Upper limbs : normal tone, motor power, and
reflexes, normal sensation

A Man with Burning Pain on the Left Leg

ณัฐพล เกียรติกังวานชน
สัณยุสนีย์ พงษ์ภักดี

ณัฐพล เกียรติกังวานชน¹, สัณยุสนีย์ พงษ์ภักดี²

¹แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์,

²อาจารย์แพทย์ สาขาประสาทวิทยา กองอายุรกรรม
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อ.พญ.สัณยุสนีย์ พงษ์ภักดี

สาขาประสาทวิทยา กองอายุรกรรม

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร

Lower limbs

	Right	Left
Hip flexors	1	3
Hip extensors	1	3
Knee flexors	0	3
Knee extensors	0	3
Ankle dorsiflexors	0	2
Ankle plantar flexors	0	2
Long toe extensors	0	2
Right leg - flaccid tone, Left leg - normal tone		
DTR: Right side 0, Left side 1+		
Clonus negative		
Decrease pinprick, temperature sensation below L1 level		
Impaired morning erection		
Loose sphincter tone, absent perianal sensation		

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ:

CBC แรกรับ : WBC 11,660 cells/ul, PMN 83%, L12%, Eo 2%; Hct 44.8%, Platelet 248,000/ul

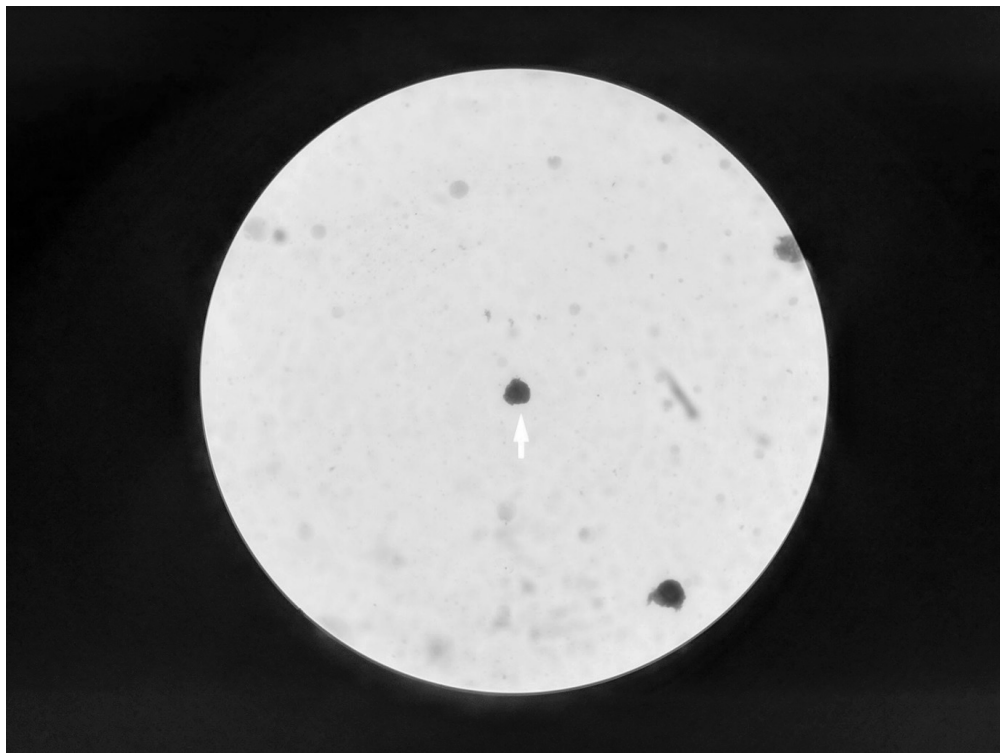
CBC (3 days after admission) WBC 9,710 cells/ul, PMN 55%, L22%, Eo17%; Hct 45.6%, Platelet 231,000/ul

Anti HIV : non-reactive

CSF profile : open pressure 130 mmH₂O, WBC 1020 cell/mm³, PMN 40%, Lymphocyte 60%, RBC 2 cell/mm³, protein 154 mg/dl , sugar 33 mg/dl (plasma glucose 92 mg%)

CSF wright stain (ภาพที่ 1): Eosinophil > 10%

CSF cytology: Presence of predominate eosinophils with scattered lymphocytes, plasma cells , neutrophils and macrophages ,inflammatory cell such as macrophages , plasma cells and eosinophils are an abnormal findings in CSF .They may accompany malignancy but are also seen in a variety of non-specific conditions



ภาพที่ 1: Eosinophil ใน CSF wright stain (ปกหน้า)

MRI whole spine (ภาพที่ 2): Suggestive of acute transverse myelitis involving T5 to conus medullaris. Diffuse mild enhancement of the cauda equina nerve roots, which could be nonspecific radiculitis

or arachnoiditis. Focal small left subarticular disc protrusion / annular tear at L4-5 level without central spinal canal stenosis or nerve root compression.



ภาพที่ 2 : MRI whole spine พบ hyperintense signal in T2-weighted บริเวณตั้งแต่ T5 ถึง conus medullaris (ปกหน้า)

อภิปราย

จากประวัติ ตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เข้าได้กับโรค Eosinophilic radiculomyelitis มากที่สุด ซึ่งสาเหตุหลักๆ แบ่งเป็น infectious กับ non-infectious cause โดย infectious cause พบมากกว่า ที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการติดเชื้อ parasite ได้แก่ *Angiostrongylus cantonensis*, *Baylisascaris procyonis* และ *Gnathostoma spinigerum* ส่วน non-infectious cause เกิดจาก hematologic malignancy ยา เช่น Ibuprofen, Ciprofloxacin หรือ การใส่ VP shunt ในผู้ป่วยรายนี้สงสัยสาเหตุจากการติดเชื้อ parasite คือ *Angiostrongylus cantonensis* ซึ่งเป็นพยาธิตัวกลมชนิดหนึ่งหรือเรียกว่าพยาธิปอดหนู ก่อให้เกิดโรคพยาธิหอยโข่ง เนื่องจากมีประวัติชอบรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และเป็นเชื้อก่อโรคที่พบบ่อยที่สุดในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะประเทศไทย ซึ่งอาการสามารถมาด้วย meningitis หรือ radiculomyelitis ก็ได้

อาการของ Angiostrongyliasis มักพบในช่วง 1-4 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ โดยอาจจะมีอาการเล็กน้อย

เช่น ไข้ ปวดศีรษะเด่นบริเวณ frontal และ bitemporal คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเป็นลักษณะ neuropathic pain ได้ หรือมีอาการรุนแรงได้ เช่น การมองเห็นผิดปกติ เส้นประสาทสมองคู่ที่ 7,8 เป็นอัมพาต คอแข็ง เป็นต้น แต่ถ้าหากว่าเป็นการติดเชื้อ *Gnathostoma spinigerum* หรือ *Gnathostomiasis* ซึ่งพบได้เป็นอันดับสองรองจาก *Angiostrongylus cantonensis* จะพบว่าไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนได้เหมือนกัน แต่จะมีอาการรุนแรงกว่า เนื่องจากตัวพยาธิสามารถไชไปยังอวัยวะต่างๆ ได้โดยตรง เช่น ผิวหนังเกิด migratory swelling หรือ larva migrans หากไปถูกตาเกิดเป็น uveitis, intraocular hemorrhage และตาบอดได้ในที่สุด ส่วนอาการทางระบบประสาทอาจพบได้หลายแบบคือ nerve root หรือ radicular pain, myelitis, encephalitis, meningitis หรืออาจจะพบร่วมกันได้เป็น radiculomyelitis หรือ radiculomyeloencephalitis และพบเลือดออกบริเวณตำแหน่งต่างๆ ได้ตั้งแต่ subdural hematoma, intracranial hemorrhage หรือ subarachnoid hemorrhage การวินิจฉัยเบื้องต้นทำได้โดยการเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง

พบมีโปรตีนสูงและพบ absolute eosinophil มากกว่า 10 cells/mm³ หรือ มากกว่า 10% ของจำนวนเม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลัง หากตรวจ CBC อาจพบมี eosinophilia (>700 cells/mm³) ร่วมด้วยได้ประมาณ 80% โดยการตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อ *A. Cantonensis* ทำได้โดยการตรวจด้วยวิธี ELISA หรือ immunoblotting test ซึ่งจะตรวจหาภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อ *A. Cantonensis* แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากการตรวจวิธีนี้ยังไม่แพร่หลายสามารถตรวจได้บางสถาบันเท่านั้น ซึ่งหากมีผู้ป่วยที่สงสัยโรคนี้ อาจให้การรักษาเบื้องต้นไปก่อนและดูการตอบสนอง จากการวิจัยพบว่าโดยการรักษาโดยการให้ prednisolone 60 mg/day เป็นเวลา 2 สัปดาห์สามารถลดอาการปวดศีรษะ จำนวนครั้งในการเจาะน้ำไขสันหลัง เพื่อระบายความดันในกะโหลก และการใช้ยาแก้ปวดได้ ส่วนการใช้ยาถ่ายพยาธิ เช่น Albendazole พบว่าไม่ได้ทำให้ผลการรักษาต่างการให้ corticosteroid อย่างเดียว

บรรณานุกรม

1. Chotmongkol V, Sawanyawisuth K. Clinical manifestations and outcome of patients with severe eosinophilic meningoencephalitis presumably caused by *Angiostrongylus cantonensis*. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2002;33:231–4.
2. Sawanyawisuth K. Treatment of angiostrongyliasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2008;102:990-6.
3. Sawanyawisuth K, Chotmongkol V. Eosinophilic meningitis. In: HH Garcia, HB Tanowitz, OH Del Brutto, Editors. *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 114 (3rd series) *Neuroparasitology and Tropical Neurology*. Oxford: Elsevier; 2013. p. 207-15.