

“ปวดท้อง หอบหืด และเท้าไม่มีแรง”

ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 25 ปี ทำงานที่โรงงานปลากกระป๋อง ที่สมุทรสาคร

อาการสำคัญ

ปวดท้องเป็นๆ หายๆ มา 2 เดือน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการหอบหืด หอบอาทิตย์ครั้ง - 2 ครั้ง หายใจมีเสียงหวีดๆ โดยเฉพาะเวลาอากาศเย็น ฝนตกหรือมีฝุ่นมาก ได้ไปรับการรักษากับแพทย์ที่คลินิก ได้ทั้งยาพ่นและยารับประทาน อาการก็ดีขึ้น

2 เดือนก่อนสังเกตเห็นหลังเท้าขวาบวม หนึ่งเท้าเป็นปื้นๆ ขึ้นมา นูนๆ หนาๆ และคันมาก พร้อมกันนั้นหนังตาบวม ได้ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด อาการดีขึ้นบ้าง หนึ่งเดือนหลังจากนั้นปวดท้องมาก ปวดบีบๆ จนนอนตัวและปวดร้าวทั่วไป ทานอาหารแล้วมีคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลวเป็นเหมือนอาหารที่รับประทานไป ถ่ายวันละ 3-4 ครั้ง และน้ำหนักตัว เริ่มลด พร้อมกันมีคันทั้งตัว สังเกตเห็นคล้ายมีลมพิษขึ้นเป็นครั้งคราว ต่อมาผู้ป่วยสังเกตเห็นเท้าซ้ายอ่อนแรง เวลาเดินต้องลากเท้าข้างนั้น เท้าซ้ายชาและเท้าตก กระดกเท้าขึ้นไม่ได้ จึงมารักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ

อภิปราย

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการที่หลายระบบ เริ่มจากอาการที่เป็นล่าสุดย้อนไป 1 ปีที่ผู้ป่วยเริ่มไม่สบาย มีดังนี้

1) มี foot drop ข้างซ้าย และมีเท้าชา ซึ่งอาจเป็นจาก L. lateral popliteal (peroneal) nerve lesion หรือ lesion อยู่ที่ L5 S1 root ทำให้ anterior tibial และ peroneal muscles อ่อนแรง คงต้องตรวจดูว่า posterior tibial muscles อ่อนแรงด้วยหรือไม่ โดยตรวจกล้ามเนื้อที่หันเท้าเข้า (invertor) ถ้ามีด้วย lesion ก็อยู่ที่ nerve root และตรวจดูว่า sensory impairment to pin prick เป็นแบบไหน

2) ลักษณะอาการปวดท้องและท้องเดิน ถ่ายอุจจาระเป็นเศษอาหารที่รับประทานไป เข้าได้กับ small intestinal colic ความผิดปกติควรอยู่ที่ลำไส้เล็ก

3) ผิวหนังผื่นผดผื่น คัน และลักษณะที่ผู้ป่วยเล่ามาเป็น urticaria

และ 4) เคยมี bronchial asthmatic attacks

อาการหลากหลายเหล่านี้อาจเป็นจาก collagen vascular disease โดยเฉพาะ polyarteritis nodosa หรือเป็นจากโรคพวยาร์ หรือมี hypereosinophilic syndrome โดยไม่ทราบสาเหตุ

ผลการตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษ

T 37.5°C

RR 20

PR 84

BP 110/70

Thin, pale woman

Liver palpable 1 cm. below ® costal margin

Spleen - not palpable

N.S.

<u>Power</u>	<u>Legs</u>	®	Ⓛ
0/5	Dorsi-flexors ankle		4/5
1/5	ext. hallucis longus		4/5
2/5	plantar flexors ankle	3/5	

Deep reflexes

absent Ankle jerk, others present
hypalgesia in the distribution of L L 4-5
dermatomes

Arms

slight wasting and weakness of ® thenar muscles
and hypalgesia over ® median nerve distribution

Hb 11 Hct 32 WBC 51700 N 49 E 40 L 2 M 7 B

2

Platelets 1,200,000

ตรวจอุจจาระพบมี sarcocystis spp. cysts

Bone marrow biopsy : hypercellular marrow with myeloid

hyperplasia

and eosinophilia. Megakaryocytes 3

+

ผู้ป่วยรายนี้เคยได้รับการตรวจ gastroscopy ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร
พบว่า มี gastro-duodenitis

อภิปรายเพิ่มเติม

ผู้ป่วยรายนี้มีอาการต่างๆ ที่เข้าได้กับ Hypereosinophilic syndrome (HES)
ปัญหาอยู่ที่ว่าภาวะนี้เกี่ยวข้องกับพยาธิที่พบในอุจจาระหรือไม่ เท่าที่ผมค้นดูจากตำรา
(เอกสารอ้างอิงอยู่ท้ายบทนี้) Sarcocystis เป็นพยาธิโปรโตซัวประเภท two-host coccidian
จัดอยู่ในกลุ่ม Sarcosporidiosis โดยคนเป็น definitive host สำหรับบาง species ซึ่งทำให้เกิด
ลำไส้อักเสบท้องเดิน และพบมี sporocyst ในอุจจาระซึ่งคนได้รับพยาธิจากการรับประทานเนื้อ

หมู (Sarcocystis suihominis) หรือเนื้อวัว (S. bovis) ที่ไม่สุก และมีพยาธิตัวอ่อน (bradyzoites) ใน cyst. ที่แตกออกไขเข้าผนังลำไส้ กลายตัวเป็น gametes ซึ่งเมื่อ fertilize แล้วกลายเป็น oocyst หรือ sarcocyst ที่แบ่งตัวและหลุดออกจากผนังลำไส้เป็น sporocyst ที่พบในอุจจาระ เดิม sporocysts เหล่านี้มีชื่อว่า Isopora hominis เพราะถูกเข้าใจผิดว่าเป็น one-host coccidia ส่วน Sarcocystis species อื่นใช้คนเป็น intermediate host โดยบังเอิญแทนสัตว์ เช่น ลิง

รองศาสตราจารย์นายแพทย์สุชุม บุญะรัตเวช และคณะเคยรายงานการศึกษาผู้ป่วย 6 รายไว้ในวารสารต่างประเทศ และเป็นผู้สนใจในโรคนี้มาตลอด (ดูเอกสารอ้างอิง)

หันมาพูดเรื่อง Hypereosinophilic syndrome ในผู้ป่วยรายนี้บ้างซึ่งไม่สบายมา 1 ปี จำนวน eosinophil มีมากกว่า 1500 ตัวต่อลบ.มม. อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทเป็นเนื่องจาก mononeuropathy multiplex หรือ radiculopathy ซึ่งพบได้ในกลุ่มอาการนี้ มีผู้สันนิษฐานว่าเป็นผลเนื่องมาจากมีสารที่เป็นพิษต่อ myelinated nerve fibres หรือในกรณีที่มีอาการทางสมองก็มีฤทธิ์ต่อ white matter ผู้ป่วยมีอาการจาก encephalopathy ในขณะเดียวกันก็มี ผู้ศึกษาทางพยาธิวิทยาจากการทำ post-mortem และพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ endothelial cells ใน endocardium ของหัวใจและหลอดเลือดเล็กๆ เช่น vasa nervorum เป็นผลจาก product ของ eosinophil ซึ่งมีมากผิดปกติในผู้ป่วยเหล่านี้ Tissue damage ที่เกิดขึ้นทำให้เกิด thrombosis อาการและอาการแสดงแบบ mononeuropathy multiplex ก็เข้าได้ดีกับการอุดตันที่หลอดเลือดเล็กๆ เหล่านี้ ส่วนที่หัวใจก็อาจจะมี endocardial fibrosis ตามมาได้ นอกจากนี้อาจจะมีกลไกอย่างอื่นที่ทำลายประสาทส่วนปลายหรือทำให้การทำหน้าที่เสียไป เช่น interleukin-5 ซึ่งเป็น eosinophilopoietic cytokine ชนิดหนึ่ง เพราะระดับสารนี้ในเลือดสูงขึ้นในผู้ป่วย HES บางราย และยังมี interleukin (IL) ตัวอื่น เช่น IL 2 และ IL15 ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดมี T cell proliferation และ natural killer cell ก็มีระดับในเลือดสูงขึ้นเช่นกัน

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับยา albendazole เพื่อรักษาพยาธิ ได้ high dosage prednisolone อาการผู้ป่วยดีขึ้นจนกลับบ้านได้ ได้มารับการตรวจเป็นระยะๆ ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก 6 เดือนหลังจากได้รับยาอาการ foot drop ที่เท้าซ้ายดีขึ้น power เดิมอยู่ที่ 0/5 เพิ่มขึ้นเป็น 2-3/5 WBC 14700 N 80 E เพียง 2% L 14 และ M 4 ส่วน Platelets 353,000

การวินิจฉัยโรค

Mononeuropathy multiplex

Hypereosinophilia ? HES

?? associated with sarcocystis

infestation

แนะนำเอกสาร

1. Frankel JK. Sarcosporidiosis. In Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases. Eight Edition. Ed. Strickland GT. WB Saunders Co, Philadelphia. 2000; pp. 707-709.
2. Bunyaratvej S, Bunyawongwiroj P, Nitiyanant P. Human intestinal

sarcosporidiosis – report of 6 cases. Am J Trop Med Hyg 1982; **31**: 36-41.

3. Bunyaratvej S, Unpunyo P. Combined Sarcocystis and gram-positive bacterial infection. A possible cause of segmental enterocolitis in Thailand. J Med Assoc Thai 1992; **75** (Suppl 1): 38-44.

4. Bunyaratvej S, Visalsawadi P, Likitarunrat S. Sarcocystis infection and actinomycosis in tumorous eosinophilic enterocolitis. J Med Assoc Thai 1992; **75** (Suppl 1): 71-75.

5. ประยงค์ ระดมยศ สุวณี สุขเวชย์ ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. สปอโรซัว ใน ตำราปรสิตวิทยาทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : เมดิคัลมีเดีย 2539 หน้า 66-72.

6. Gutierrez Y. Intestinal Apicomplexa. Sarcocystis hominis and sarcocystis sui hominis. In : Diagnostic Pathology of Parasitic Infections with Clinical Correlations. Second Edition. Oxford University Press, Oxford 2000, pp. 186-195.

7. Rothenberg ME. Eosinophilia. N Engl J Med 1998; **338**: 1592-1600.

8. Chusid MJ, Dale DC, West B C, Wolff SM. The Hypereosinophilic syndrome. Analysis of fourteen cases with review of the literature Medicine (Baltimore) 1975; **54**: 1-25.

9. Fauci AS, Harley JB, Roberts WC, Ferrans VJ, Galnick HR, Bjornson BH. The idiopathic hypereosinophilic syndrome. Clinical, pathophysiologic, and therapeutic considerations. Ann Intern Med 1982; **97**: 78-92.

10. แสงสุรีย์ จุฑา. อีโอสิโนฟิล ใน ปัญหาและเรื่องน่ารู้ทางอายุรศาสตร์. บรรณาธิการ อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ พ.ศ. 2530 หน้า 1-30.

11. Moore PM, Harley JB, Fauci AS. Neurologic dysfunction in the idiopathic hypereosinophilic syndrome. Ann Intern Med 1985; **102**: 109-114.
12. Jootar S, Vejjajiva A. Neurological Manifestations of Hypereosinophilia :
An analysis of 6 patients, Abstract of the Proceeding of the 1st Annual Conference of the Royal College of Physicians of Thailand. 1985; p. 49.
13. Wichman A, Buchthal F, Pezeshkpour GH, Fauci AS. Peripheral neuropathy in hypereosinophilic syndrome. Neurology 1985; **35**: 1140-45.
14. วิเชียร มงคลศรีตระกูล วิชัย ประยูรวิวัฒน์ ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ เพ็ชรวิทย์ ผลวิชา
ถนนอมศรี ศรีชัยกุล รายงานผู้ป่วย Hypereosinophilic Syndrome. รามาทิปตีเวชสาร 2536; **16**: 260-68.
15. Parillo JE, Fauci AS, Wolff SM. Therapy of the hypereosinophilic syndrome. Ann Intern Med 1978; **89**: 167-172.
16. Means-Markwell M, Burgers T, DeKeratry D, O'Neil K, Mascola J, Fleisher T and Lucey D. Eosinophilia with aberrant T cells and elevated serum levels of Interleukin - 2 and Interleukin - 15. N Engl J Med 2000; **342**: 1568-71.