

“หม้ายสาวมีไข้ ผอม ตามัว ปวดขา ขาอ่อนแรงและถ่ายไม่ออก”
หญิงไทยหม้าย อายุ 27 ปี อาชีพพนักงานขายเครื่องจักร จากสุพรรณบุรี

อาการสำคัญ

ตามัวมา 6 สัปดาห์
ขา 2 ข้างอ่อนแรงมา 2 สัปดาห์
ตาขวาเริ่มมัว ค่อยๆ เป็นมากขึ้น 2 สัปดาห์ต่อมาตาซ้ายมีอาการแบบเดียวกันไปรับการรักษาที่ภาควิชาจักษุ ได้รับยาฉีดเข้าที่ลูกตาซ้าย
ประมาณ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มปวดขาข้างขวา ร้าวจากเอวลงไป หลังโคนขาถึงน่อง ปวดมากเวลาเหยียดขา ต่อมาขาไม่ค่อยมีแรง เวลาเดินรองเท้าแตะที่ใส่ อยู่มักจะหลุด 2 สัปดาห์หลังจากนั้นเริ่มปวดแบบเดียวกันที่ขาซ้าย ปวดเป็นพักๆ เดินไม่ค่อยไหว ขาอ่อนแรงมากขึ้นพร้อมกันมีอาการชาบริเวณก้นกบ อุจจาระ ปัสสาวะไม่ออก
แขนทั้ง 2 ข้างมีแรงดี ไม่ปวดคอ ไม่ปวดศีรษะ
ใน 3-4 เดือนที่ผ่านมารู้สึกคล้ายเป็นไข้และเบื่ออาหารบ้าง
สามีเสียชีวิตเมื่อ 1 ปีที่แล้ว

อภิปราย

ตามัวทั้ง 2 ข้างโดยไม่มีอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยรายนี้ควรนึกถึง จอตาหรือประสาทตาอักเสบมากกว่าที่จะเกิดจากมีอะไรกดประสาทตา อาการเริ่มเป็นข้างหนึ่งแล้วอีกสองสัปดาห์เป็นอีกข้างหนึ่งเป็นได้ทั้ง retinitis หรือ optic neuritis แต่ในกรณีหลังมักจะมีอาการปวดลูกต่านำมาก่อนหรือร่วมด้วยกัน ส่วนอาการปวดขาร้าวจากเอวลงไปถึงน่องเข้าได้กับปวดจากรากประสาทอักเสบหรือมีอะไรไปกดทับ และต่อมาก็มีอาการขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้างพร้อมกับมีความรู้สึกผิดปกติบริเวณก้นกบ และถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่ออก อาการเหล่านี้เข้าได้กับรอยโรคที่ cauda equina ถ้านำเอาเรื่องตามัวมาพิจารณาด้วยก็น่าจะนึกถึงประสาทอักเสบมากกว่าอย่างอื่น ผู้ป่วยมีอาการคล้ายเป็นไข้และไม่สบาย เบื่ออาหารมาก่อนมีอาการทางระบบประสาททำให้นักถึงโรคติดเชื้อ คงจะต้องถามเพิ่มเติมว่าสามีเสียชีวิตด้วยโรคอะไร และผู้ป่วยเคยมีประวัติป่วยด้วยโรคอะไรมาก่อน

ข้อมูลเพิ่มเติม

สามีเสียชีวิตจากโรคเอดส์และผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อ HIV มา 4 ปี

ผลการตรวจร่างกาย

T 37.4°C PR 96 BP 110/70 pale, no jaundice
no neck stiffness
Eyes: VAR : no PL VAL 20/30

retinitis c phlebitis

Pupils : R fixed 6 mm. L 3 mm. reacted to light
full movements

other cranial nerves : intact

Upper limbs : normal

Lower limbs : slight wasting of calf muscles

	R	L	
HF	2/5	2/5	
Q	3/5		3/5
Hamstrings	2/5		2/5
DF	2/5	2/5	
PF		2/5	2/5
KJ	-	-	
AJ	-		-
P	↓		↓
hypalgesia over saddle area			
loose anal sphincter tone			

อภิปราย (ต่อ)

ลักษณะอาการทั้งประวัติและการตรวจพบรอยโรคที่ cauda equina และจอตา
อักเสบทำให้นึกถึงโรคติดเชื้อ cytomegalovirus (CMV) ในผู้ป่วย HIV มากที่สุด CMV-
PRAM (polyradiculomyelopathy) หรือ CRM (CMV radiculomyelitis) เป็นกลุ่มอาการที่เพิ่ง
เป็นที่รู้จักกันดีเมื่อไม่นานมานี้ การตรวจน้ำไขสันหลังมักจะพบมี polymorphonuclear
cells และน้ำตาลน้อยลงและส่งไปเพาะเชื้อได้หรือทำ PCR ซึ่งจะให้ผลดีกว่า

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Hb 9.6 PCV 30.1 MCV 79
WBC 4400 P 83 L 15 M 1 E 1
anti-HIV + ve
CXR : no abnormality
CSF clear opening pressure 100 mm H₂O
90 cells PMN 60% L 40%
protein 687 mg%
sugar 54 mg%
Indian ink stain : - ve

อภิปรายเพิ่มเติม

ปัจจุบันเราจะแนะนำให้เอา CSF ไปทำ cytospin preparation คือปั่นแล้วเอาไปย้อม immunostain หา CMV อาจพบ CMV inclusions ใน nuclei ของ cells นับเป็นวิธีให้การวินิจฉัยที่รวดเร็วอย่างหนึ่ง

CMV ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทได้หลายรูปแบบในผู้ป่วยด้วยโรค HIV ได้แก่ สมองอักเสบ ประสาทไขสันหลังอักเสบและประสาทส่วนปลายเสื่อมซึ่งมีอยู่ 2 ชนิดคือ PRAM ที่กล่าวไปแล้ว และ multifocal neuropathy (MN) ทั้ง 2 ชนิดเกิดในระยะหลังๆ ของการติดเชื้อ HIV

CMV-PRAM เป็นกลุ่มอาการที่เกิดในผู้ป่วย HIV ที่มักจะมีเชื้อ CMV ที่อื่นในร่างกาย อาการเริ่มแรกเป็นเช่นผู้ป่วยรายนี้คือ มีปวดชาขา ขาไม่มีแรง ชาที่บริเวณก้นกบและถ่ายปัสสาวะอุจจาระไม่ออกภายใน 2-4 สัปดาห์ ส่วน CMV-MN เป็นกลุ่มอาการที่มีปวดชาปลายนิ้วมือและเท้าที่ไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง อาการอ่อนแรงแรกมักตามมาหลังจากนั้น 3-4 สัปดาห์ ถ้าตรวจ EMG จะพบความผิดปกติแบบ axonal neuropathy (เอกสารหมายเลข 5) ถ้าทำ nerve biopsy อาจพบ CMV inclusions ใน nuclei และพบมี multifocal endoneurial necrosis CMV-MN จึงแตกต่างจาก CMV-PRAM แต่ผู้ป่วยบางรายที่เป็น MN ต่อมามีอาการแบบ PRAM ตามมาได้

ยาที่ใช้รักษา CMV-PRAM และ CMV-MN ได้ผลในขณะนี้มียอยู่ 3 ตัวคือ gancyclovir, foscarnet และ cidofovir ยาสองตัวแรกใช้รักษา CMV retinitis ได้ดีด้วย โดยเฉพาะ foscarnet อาจจะได้ดีกว่า gancyclovir Prognosis ในผู้ป่วยด้วย HIV ที่ติดเชื้อ CMV แย่มากโดยเฉพาะถ้ามีสมองอักเสบ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยทั้งหมดนี้มีชีวิตอยู่ได้นานประมาณ 4 ถึง 9 เดือน (เอกสารหมายเลข 8)

แนะนำเอกสาร

- 1) Brew BJ. HIV Neurology. Contemporary Neurology Series. Vol 61. Oxford University Press. New York. 2001; 276 pp.
- 2) Anderson J. Infections in HIV disease. Clin Med JRCPL 2001; 1: 292-5.
- 3) Das CP, Sawhney IMS. Neurological complications of HIV infection. Neurology India 1998; 46: 82-93.
- 4) Sacktor N, Lyles RH, Skolasky R, et al. HIV-associated neurologic disease incidence changes: Multicenter AIDS Cohort Study, 1990-1998. Neurology 2001; 56: 257-60.
- 5) Dalakas MC, Cupler EJ. Neuropathies in HIV infection. In : Bailliere's Clinical Neurology. International Practice and Research. Peripheral Neuropathies. Part II. Ed. Hartung H-P. Bailliere Tindall. London. 1996; 5: 199-218.

6) Bale Jr. JF, Jordan MC. Cytomegalovirus. In : Handbook of Clinical Neurology. Vol 56. Viral Disease. Eds. Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL. Elsevier Science Publishers. Amsterdam. 1989; pp. 263-79.

7) Siritantikorn S, Nantharukchaikul S, Chavalidthamrong P, Sutthent R, Wasi C, Tongcharoen P. Detection of human cytomegalovirus in urine of infants by polymerase chain reaction. J Med Assoc Thai 1994; **77**: 414-20.

8) Tsellis A, Lavi E. Cytomegalovirus infection of the adult nervous system. In : Infectious Diseases of the Nervous System. Eds. Davis LE, Kennedy PGE. Butterworth Heinemann. Oxford 2000; pp. 109-37.