

# 6

## “ปวดแสบปวดร้อนที่ขาและก้น ปัสสาวะลำบาก”

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 42 ปี อาชีพนักบิน รับประทานทหารยศนาวาอากาศเอก

### อาการสำคัญ

ปวดแสบร้อนที่ฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง มา 3 สัปดาห์  
2 เดือนก่อนมา รพ. รู้สึกไม่ค่อยสบาย ครั้นเนื้อครั้นตัว เบื่ออาหาร  
3 สัปดาห์ก่อนมีปวดแสบปวดร้อนที่ฝ่าเท้าทั้ง 2 ข้าง อาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นโดยลามจาก ฝ่าเท้าถึงน่องและต้นขาด้านหลัง 7 วันต่อมาเริ่มมีชาๆ บริเวณก้นกบและปัสสาวะลำบาก ต้องใช้แรงเบ่งนานๆ จึงจะถ่ายปัสสาวะได้ ท้องเริ่มผูกถ่ายอุจจาระก็ไม่ค่อยรู้สึกเวลาอุจจาระออก พร้อมกันสังเกตอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการเจ็บฝ่าเท้าเป็นมากขึ้น  
น้ำหนักตัวลดไป 10-15 กิโลกรัมในระยะ 2 เดือนที่ไม่สบาย ขาทั้ง 2 ข้างมีแรงเป็นปกติ  
3 ปีก่อนเคยปวดหลัง พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกวินิจฉัยว่า หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม แนะนำให้ผู้ป่วยงดขับเครื่องบินอยู่หนึ่งเดือน อาการปวดก็หาย  
6 เดือนก่อนมา รพ. ไปเยี่ยมเพื่อนที่ป่วยเป็นโรค HIV ระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล ไม่ได้ใส่ผ้าปิดจมูก

### อภิปราย

อาการปวดแสบปวดร้อนเป็นอาการที่เกิดจากประสาทรับรู้ความรู้สึกปวดและรับรู้ความร้อนเย็นผิดปกติ เช่น มีอาการอักเสบที่เส้นประสาทขนาดเล็กหรือ C fibres ในรากประสาทหรือประสาทส่วนปลาย ถ้ารอยโรคอยู่ในประสาทไขสันหลังก็จะเป็นที่ lateral spinothalamic tract ส่วนอาการเป็นเหน็บหรือชาๆ หนๆ ที่ผิวหนังเป็นเพราะเส้นประสาทขนาดใหญ่คือ A-fibres ผิดปกติ ในผู้ป่วยรายนี้คงจะพูดได้ว่า รอยโรคอยู่ที่ cauda equina โดยอาการบ่งถึงรากประสาท L5 S 1, 2, 3 และ 4 ทั้ง 2 ข้าง ผิดปกติ ปัสสาวะ อุจจาระลำบาก เวลาถ่ายอุจจาระผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าอุจจาระผ่านรูทวารออกมาและอวัยวะเพศไม่แข็งตัว บ่งถึงรากประสาท S 2, 3 และ 4 ผิดปกติ ถ้ารอยโรคเกิดขึ้นที่ประสาทไขสันหลังส่วนปลายสุดหรือ conus medullaris มักจะมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงและลิบด้วย คงต้องดูผลการตรวจกล้ามเนื้อขาและ reflexes ที่เข้าและข้อเท้าประกอบด้วย พยาธิสภาพอาจเป็นการอักเสบหรือมีเนื้องอกกดรากประสาทส่วนนั้นได้

### ผลการตรวจร่างกาย

T 37.4°C                      Wt. 80 kgs                      Ht. 185 cms

PR 78 regular      BP 120/70

CNS      Cranial nerves intact

Upper and lower limbs : no wasting or weakness

Tone and Coordination    ✓

SJ      ++      ++

BJ                      ++      ++

TJ      ++      ++

KJ    ++    ++  
AJ    -    -  
P                    ↓                    ↓

impaired pin prick sensation in the back of both legs and in both feet and buttock

anal sphincter tone : loose

no other abnormality

### อภิปราย (ต่อ)

ผลการตรวจร่างกายก็ยืนยันว่า มีรอยโรคที่ cauda equina ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ และมีต่อมน้ำเหลืองโตที่คอ เกิดจากรากประสาทเหล่านั้นอักเสบจากโรคติดเชื้อได้ หรือจากมะเร็งแพร่กระจายไปที่บริเวณนั้นก็ได้ ควรตรวจ MRI ที่บริเวณ thoraco-lumbar spine ตรวจเลือดทำ CBC, FTA-Abs, HIV เอกซเรย์ปอด ส่วนการเจาะเอาน้ำไขสันหลังไปตรวจอาจทำลำบากเพราะผู้ป่วยมีรอยโรคบริเวณที่จะต้องเจาะ

### ผลการตรวจพิเศษ

ผลการตรวจเลือดไม่พบอะไรผิดปกติ

FTA-Abs : non-reactive                    HIV -ve

Chest x ray ปกติ

MRI spine suspected lesion at conus medullaris and bony involvement ? metastasis

### ข้อมูลเพิ่มเติม

ระหว่างที่อยู่ใน รพ. ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5°C 7 วันหลังอยู่ รพ. แขนซ้ายชาๆ และมีปวดเป็นบางครั้ง แพทย์ตรวจพบมี hypalgesia บริเวณ L C 6-7 dermatomes และตรวจคลำต่อมน้ำเหลืองขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5 ซม. จึงตัดออกไปตรวจ พยาธิแพทย์รายงานว่า เป็น granulomatous lymphadenitis เข้าได้กับวัณโรค จึงให้ยา isoniazid, pyrazinamide, ethambutol และ streptomycin หลังจากได้ยาประมาณ 5 วันผู้ป่วยค่อยๆ ดีขึ้น ไม่มีไข้ อาการปวดขาที่ชาและก้นกบค่อยๆ น้อยลงตามลำดับ จนหายเป็นปกติหลังได้รับการรักษาไป 6 เดือน ผู้ป่วยได้รับยาฉีด streptomycin อยู่ 6 สัปดาห์ และได้ทานยารักษาวัณโรคจนครบ 1 ปี

ผู้ป่วยกลับไปทำงานเป็นปกติและสบายดี น้ำหนักตัวเพิ่ม 5 กิโลกรัม เมื่อครบ 2 ปีจากที่ไม่สบายตรวจไม่พบอะไรผิดปกติ ยกเว้น AJ ± ทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยไม่มีอาการชาและความรู้สึกทางเพศก็กลับเป็นปกติ

สรุปให้การวินิจฉัยว่าเป็น lumbar radiculomyelitis จาก TB

ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในความดูแลรักษาของนายแพทย์ไพโรจน์ บุญคงชื่น ที่โรงพยาบาลภูมิพล ผู้เขียนได้รับการปรึกษาและได้ติดตามดูแลผู้ป่วยมาตลอดจนปัจจุบัน

### อภิปรายเพิ่มเติม

วัณโรคที่บริเวณประสาทไขสันหลังหรือที่รากประสาทส่วนล่างเกิดขึ้นไม่บ่อยเหมือนเยื่อหุ้มสมองอักเสบแต่เป็นที่รู้จักกันดีมานาน ในประเทศอินเดียเมื่อ 40 ปีก่อนมีผู้ป่วยวัณโรคประเภทนี้ไม่น้อย รายงานที่เป็นที่อ้างอิงตลอดมาจนปัจจุบันก็คือ รายงานของนายแพทย์ Wadia และนายแพทย์ Dastur ซึ่งเป็น 2 ภาคๆ แรกเป็นลักษณะอาการทางคลินิกและทางรังสีวิทยา ก่อนมี MRI ใช้ และภาค

ที่ 2 ว่าด้วยพยาธิวิทยาของโรคนี้ (เอกสารหมายเลข 1 และ 2) ผู้ป่วยบางรายที่ลักษณะอาการแบบนี้ เป็นจาก intra-dural spinal tuberculomas ได้ (เอกสารหมายเลข 3 และ 4) ผู้ป่วยรายนี้มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตขึ้นขณะอยู่ใน รพ. ทำให้สันนิษฐานว่าที่บริเวณเยื่อหุ้มรากประสาทที่เกิดโรคอาจมี TB granulomas เล็กๆ หลายๆ ก้อนเกิดขึ้นหรือแม้กระทั่งที่เยื่อหุ้ม conus medullaris จึงทำให้เห็นภาพใน MRI ตามที่รังสีแพทย์รายงานไว้ ผู้ป่วยที่รายงานจากอินเดียมีจำนวนไม่น้อยที่มีอาการรุนแรงเร็วหรือได้รับการวินิจฉัยและการรักษาช้ามักจะเป็นอัมพาตตลอดไป (เอกสารหมายเลข 5 และ 6) การเลือกใช้ยาต้านเชื้อวัณโรคในปัจจุบันก็มีความสำคัญมาก ควรใช้ยาที่เข้าน้ำหล่อไขสันหลังได้ดี เช่น isoniazid และ pyrazinamide ควบกับยาอีก 2 ตัวเช่นใน ผู้ป่วยรายนี้ และให้เป็นระยะเวลา 9 เดือนถึง 1 ปีก็เพียงพอ (เอกสารหมายเลข 7) ปัญหาเชื้อวัณโรคคือยาหลายตัวคือ อย่างน้อยคือยา isoniazid และ rifampin ในผู้ป่วยใหม่พบได้ประมาณร้อยละ 2 ในประเทศไทยและก็เป็นปัญหาทั่วโลกในปัจจุบัน (เอกสารหมายเลข 8) ผู้ป่วยรายนี้โชคดีที่หายเป็นปกติดีเพราะแพทย์ ผู้รักษาวินิจฉัยได้เร็ว รากประสาทไขสันหลังส่วนล่างอักเสบอาจเกิดจากเชื้อโรคอื่นได้แก่ ไวรัส CMV ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยที่เป็นโรค HIV (เอกสารหมายเลข 9) และเชื้อ HIV เองก็ทำให้เกิดอาการแบบนี้ได้แต่ มักจะมีชาอ่อนแรงร่วมด้วย ส่วนไวรัสอีกชนิดหนึ่งที่ทำให้มีรากประสาทไขสันหลังส่วนปลายอักเสบและเคยพบระบาดในประเทศไทยแล้วก็คือ Enterovirus 70 ที่ทำให้เกิดโรคตาแดงระบาดและในบางครั้งเข้าประสาทไขสันหลังทำให้มีอาการคล้ายโรคโปลิโอ (เอกสารหมายเลข 10)

การติดเชื้อวัณโรคที่ระบบประสาทยังพบได้เสมอๆ ในบ้านเรา บางครั้งอาจจะมาหาแพทย์ด้วยลักษณะอาการที่แปลกๆ แบบนี้แพทย์จึงควรทราบและคำนึงถึงเสมอ ส่วนปัญหาติดเชื้อวัณโรคในทุกๆ ระบบของร่างกายยังเกิดขึ้นเป็นประจำทั่วโลกและผู้ป่วยอาจจะมาด้วยอาการที่ผิดไปจากเดิม อายูรแพทย์จึงควรสังวรไว้เสมอ ดังเอกสารล่าสุด (หมายเลข 11 และ 12) ที่ผมอ้างไว้

### แนะนำเอกสาร

- 1) Wadia NH, Dastur DK. Spinal meningitides with radiculo-myelopathy, Part 1: Clinical and radiological features. J Neurol Sci 1969; 8: 239-60.
- 2) Dastur DK, Wadia NH. Spinal meningitides with radiculomyelopathy, Part 2: Pathology and pathogenesis. J Neurol Sci 1969; 8: 261-97.
- 3) Wadia NH. Radiculomyelopathy associated with spinal meningitides (arachnoiditis) with special reference to the spinal tuberculous variety. In: Tropical Neurology. Ed. Spillane JD. Oxford University Press. London. 1973; pp. 63-72.
- 4) Parsons M, Pallis CA. Intradural spinal tuberculomas. Neurology 1965; 15: 1018-22.
- 5) Tandon PN, Pathak SN. Tuberculosis of the central nervous system. In: Tropical Neurology. Ed. Spillane JD. Oxford University Press. London. 1973; pp. 37-62.

- 6) Tandon PN. Tuberculous meningitis (cranial and spinal). In: Handbook of Clinical Neurology. Vol. 33. Infections of the Nervous System Part I. Eds. Vinken PJ, Bruyn GW. North-Holland Publishing Co. Amsterdam. 1978; pp. 195-262.
- 7) Phuapradit P, Vejjajiva A. Treatment of tuberculous meningitis: Role of short-course chemotherapy. Q J Med 1987; **62**: 249-58.
- 8) Espinal MA, Laszlo A, Simonsen L, Boulahbal F, Kim SJ, Reniero A, et al, for the World Health Organization – International Union against Tuberculosis and Lung Disease Working Group on Anti-Tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Global trends in resistance to antituberculous drugs. N Engl J Med 2001; **344**: 1294-303.
- 9) อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. หม้ายสาวมีไข้ ผอม ตามัว ปวดขา ชาอ่อนแรงและถ่ายไม่ออก. ใน “เรียนอายุรศาสตร์จากกรณีผู้ป่วย 2” ซิลค์โรดพับบลิเชอร์เอเยนซี กรุงเทพฯ. พ.ศ. 2545 หน้า 141-7.
- 10) Vejjajiva A. Acute hemorrhagic conjunctivitis with nervous system complications. In: Handbook of Clinical Neurology. Vol. 56. Viral Disease. Eds. Vinken PJ, Bruyn GW, Klawans HL. Elsevier Science. New York. 1989; pp. 349-54.
- 11) N Engl J Med Case Records of the Massachusetts' General Hospital. Case 8-2004: A 28-year old man with abdominal pain, fever, and a mass in the region of the pancreas. 2004; **350**: 1131-8.
- 12) Jha AK, Shojania KG, Saint S. Clinical Problem Solving. Forgotten but not gone. N Engl J Med 2004; **350**: 2399-404.