

รายงานผู้ป่วยลาอาร์ ไมแกรนส์ที่แปลกหนึ่งราย AN UNUSUAL CASE OF LARVA MIGRANS

โดย

นายแพทย์ อานนท์ ประทีตสุนทรสาร พ.บ., M.P.H. (T.M.)

และ

นายแพทย์ มณี แก้วปลั่ง พ.บ.

แผนกพยาธิวิทยา และแผนกอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Larva migrans เป็นชื่อที่ Crocker
 ตั้งขึ้นใน ค.ศ. 1893 สำหรับโรคผิวหนัง
 ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นแฉกนูน และค่อย ๆ
 คืบคืบยาวขึ้นเรื่อย ๆ ไปตามผิวหนัง ภาย
 หลังที่ Lee ได้ตั้งชื่อโรคผิวหนังเช่นนี้ไว้
 แล้วตั้งแต่ ค.ศ. 1874 ว่า Creeping
 eruption ถึงนั้น Larva migrans และ
 Creeping eruption จึงเป็นชื่อที่ใช้เรียก
 โรคผิวหนังอย่างเดียวกันมา เป็นเวลานาน
 จนกระทั่ง Kirby-Smith, Dove and
 White (1926-1928) ได้ศึกษาและทดลอง
 พบว่าตัวอ่อนระยะสามของพยาธิปากขอของ
 สุนัขจรนแมว (Ancylostoma brazil-
 iense) เป็นปรสิตที่ทำให้เกิดโรคผิวหนัง
 ชนิดนี้ขึ้น ในภาคใต้ของสหรัฐอเมริกา
 ตั้งแต่นั้นมานักนิยมเรียก โรคผิวหนังที่เป็น
 เส้นแฉกนูน คืบคืบยาวขึ้นเรื่อย ๆ ว่า
 Creeping eruption และถ้าจะใช้ คำว่า

Larva migrans ก็มักเรียกโรคผิวหนังชนิดนี้
 ว่าเป็น Cutaneous larva migrans ส่วน
 ปกติที่เห็นสาเหตุของ Creeping
 eruption นั้น นอกจากตัวอ่อนพยาธิปากขอ
 ของสุนัขและแมวแล้ว อาจเป็นตัวอ่อนพยาธิ
 ปากขอของคน, ตัวอ่อนของพยาธิตัวกลม
 เช่น พวก Strongyloides และตัวจิก รวม
 ทั้งตัวอ่อนของแมลง (maggots) อย่างหนึ่ง
 อย่างใดก็ได้, แต่โดยมากมักนิยมเรียก
 Creeping eruption หรือ Cutaneous
 larva migrans ซึ่งเกิดจากตัวอ่อนของ
 แมลงว่า Cutaneous myiasis และ Cut-
 aneous myiasis ยังแบ่งออกได้เป็นชนิด
 Migratory หรือ Nonmigratory
 ต่อมา Beaver กับพวก (1952) ได้ตั้ง
 ชื่อ Visceral larva migrans ขึ้นสำหรับ
 การที่ตัวอ่อนของพยาธิตัวกลม (nema-
 todes) เคลื่อนที่เข้าไปอยู่ในเนื้ออวัยวะต่างๆ

ของคน นอกจากที่ผิวหนัง ซึ่งเป็นชอชกกัน
 ความแคบ เพราะถ้าตัวอ่อนของแมลง
 เคลื่อนที่อยู่มากมายภายใน เราก็อา
 เรียกว่า Visceral larva migrans ได้
 ไม่จำเป็นจะต้องใช้เฉพาะตัวอ่อนของ nem-
 atodes เท่านั้น แต่ถ้าเรารู้ว่าตัวอ่อนของ
 แมลงอยู่ในอวัยวะใด เราก้เรียกว่า Myiasis
 ของอวัยวะนั้น เช่น Gastrointestinal
 myiasis หรือ Genito-urinary myiasis.
 คนไข้จะรายงานต่อไปเป็นรายที่แปลก
 และน่าสนใจ เพราะ การ เรียก ชื่อ โรค
 ให้เหมาะแก่คนไข้รายนี้ค่อนข้าง จะสับสน
 อยู่มาก

รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 16 ปี เป็นนักเรียน
 เตรียมอุดมศึกษาปีที่ 1 อยู่ตำบลเสาชิงช้า
 จังหวัดพระนคร มาโรงพยาบาลเมื่อ 29
 สิงหาคม 2501 ด้วยอาการสำคัญ ว่า ปวด
 คีรษะด้านซ้ายมา 6 วัน

ประวัติการป่วยปัจจุบัน

มีว่า ผู้ป่วยปวดศีรษะนาน ๆ ครั้ง มา
 ประมาณหนึ่งเดือน และมีอาการหวัด
 ร่วมด้วย เมื่อสัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล
 เช่นแผลในจมูกและมีเลือดกำเดาออก ต่อมา
 ออกส่วนส่วนหางปวดศีรษะมาก ตรงขมขม

สองข้าง แต่ข้างซ้ายมากกว่าข้างขวาพร้อม
 กับมีไข้ด้วย นอกจากนี้มีอาการอื่นโดยไม่มี
 คลื่นไส้ก่อน และบางครั้งอาเจียนแล้วม
 กระตุกที่มือและเท้า รวบรวมวันก่อนมา
 โรงพยาบาลผู้ช่วยรัฐศอกแข็ง ก็ไม่ได้
 การตรวจร่างกาย

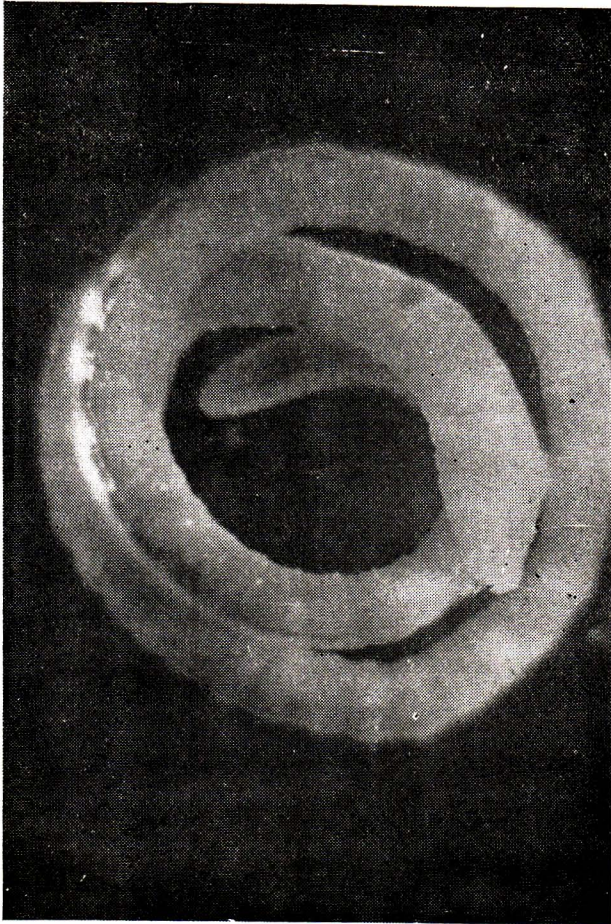
เมื่อรับไว้พบว่าอุณหภูมิ 38 องศา C.;
 Stiff neck+ve; Kernig's sign+ve;
 Babinskis' sign+ve; Knee jerk ข้าง
 ซ้ายปกติ ข้างขวาน้อย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ :-

Hb. 14 gm., R.B.C. 3.58 million/
 c.mm., W.B.C. 13,100/c.mm., P. 71%,
 L. 28%, E. 1%, การตรวจน้ำไขสันหลังได้
 ผล:- ชุ่นเล็กน้อย, ความดัน 360 มม./นา,
 Sugar 33 mg.%, Chloride 775 mg.%,
 Pandy's test 1+, Cells 240/c.mm.
 (P. 93%) ผู้ป่วยได้รับ การวินิจฉัย ว่า เป็น
 Meningitis และได้รับการรักษา คือ 1. Pen-
 icillin G Sodium 250,000 units เข้า
 กล้ามเนื้อทุกหกชั่วโมง และ 2. กินซัลฟา-
 ไทอานครั้งละ 1.0 กรัม หลังอาหารและ
 ก่อนนอนวันละ 4 ครั้ง แต่อาการไม่ดีขึ้น
 วันที่ 10 ของโรคจึงเปลี่ยนการรักษากลับ
 1. Penicillin G Sodium 500,000 units

เขากลามเนื้อทุกหกชั่วโมง และ 2. กิน Tetrex 250 มิลลิกรัมทุกหกชั่วโมง ใน วันได้ตรวจเลือดพบ W.B.C. 13,200/c.mm., P. 72% L. 22%, E.5%, B. 1% พบวงรีชนิดกลมมีเรียวคดง และไม่มีใย เลยทั้งแฉกวันที่ 11 ของโรค อาการทั่วไปดีขึ้น มีแค่ปวดศีรษะข้างซ้ายเป็นครั้งคราว กีบรูดเจ็บเวลาเอี้ยวคอ และบางครั้งมีเสียงดังในหู แต่ระหว่างวันที่ 17 ถึงวันที่ 22 ของโรคมียาใช้ต่ำ (38°-38.5° ซ) หลังจากนั้นก็ไม่มีไข้เลย จนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 28 ของโรค, ในระหว่างอยู่โรงพยาบาลได้ปรึกษาแผนกต่างๆ จึงได้มีการตรวจพบที่สำคัญอีก คือ เป็น Pan-sinusitis, more pronounced on the left, with Papilledema B.E. Nerve deafness-left ส่วน E.E.G. ซึ่งทำเมื่อวันที่ 21 ของโรค ก็แสดงว่ามี a definite left side focal lesion-anterior half. ตั้งแต่ วันที่ 13 ของโรค จนถึงวันที่ 26 ของโรค ตรวจเม็ดเลือดขาว 5 ครั้ง พบว่ามี Leucocytosis และ Eosinophilia (38%-55%) ทุกครั้ง, ได้ทำ Skin test for Gnathostomiasis สองครั้ง ก็ปรากฏผลลบทั้งสองครั้ง

เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้สองวัน ก็กลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง อาการสำคัญว่า ขวมที่หน้าข้างขวาและคอข้างซ้าย มาสองวัน ประวัติการป่วยครั้งที่สองนั้นมาสองวันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยพบว่า ก่อนกลมนนเล็กน้อยขนาดประมาณ 2 ซม. ที่โหนกแก้มขวา ก่อนนมนลักษณะนุ่มไม่เจ็บ แต่จะเจ็บเวลากัดแรงๆ วันรุ่งขึ้นรู้สึกขวมที่หน้าข้างขวา พร้อมมักเกิดมาก่อนอย่างเคยของคนคอข้างซ้าย และขวมที่ส่วนบนของอกซ้าย ผู้ป่วยจึงมาโรงพยาบาล การตรวจร่างกายพบว่ามีขวมที่หน้าข้างขวา และคอข้างขวา นอกจากนั้นยังมีขวมที่คอข้างซ้าย และบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าลงไปถึงส่วนบนของอกข้างซ้าย ตรวจเลือดพบว่า W.B.C. 15,850/c.mm., P. 41%, L. 25%, E. 34% ได้รับความวินิจฉัยว่าเป็น Gnathostomiasis และการรักษา คือ ให้กิน Benadryl 50 mg. ทุกหกชั่วโมง การตรวจ Skin test for Gnathostomiasis สองครั้ง (วันที่ 5 และที่ 12 หลังจากเริ่มไว้) ได้ผลลบทั้งสองครั้ง การตรวจเลือดครั้งที่สองในวันที่ 17 หลังจากเริ่มไว้ได้ผล คือ W.B.C. 12,000/cmm., P.29%, L.46%, E. 25% หลังจากเริ่มไว้ในโรงพยาบาลได้สองวัน หน้าข้างขวาเริ่มยุบขวม ค่อยมาอีก



หนองแมลงที่ผู้ป่วยไอออกมา มีขนาดยาวประมาณ 4-5 ซม.ม.

ส่วนคอข้างซ้ายก็ขม่น้อยลง และวันที่ 12 หลังจาก รัยไ้อาการ ขวมที่หน้าขวา และคอ ซ้ายหายไปมาก แต่ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บที่หน้าอก ข้างซ้าย และรู้สึกเจ็บซิกๆ อยู่ในบริเวณ ออกข้างซ้ายเรื่อยมาราวหนึ่งอาทิตย์จึงรู้สึก ว่าเจ็บเฉพาะบริเวณส่วนล่างของอกข้างซ้าย ซึ่งตรวจร่างกายไม่พบอะไรผิดปกติ ในเวลา เกือบกันผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอ ไม่มีเสมหะ

และหลังจากไออยู่สามวัน ใน วันที่ 24 หลังจากรัยไ้อีผู้ป่วย ไอเอาตัวหนอน ออกมาตัวหนึ่ง (ภาพ) ในวันนี้ได้ตรวจเลือด เป็นครั้งที่สามพบว่า Eosinophilia 34% และวันรุ่งขึ้นได้ ตรวจทางเอกซเรย์ ปรากฏผลว่า No active chest disease. The left lower lobe markings are thickener than at previous examination (เมื่อรัยไ้อไว้ในโรงพยาบาล ครั้ง แรกราวหกอาทิตย์มาแล้ว) วัน นี้ได้ตรวจเลือดอีกเป็นครั้งที่ 4 Eosinophilia 29% ผู้ป่วยรู้สึก สบายดีหลังจากไอตัวหนอนออก มาแล้ว การตรวจเลือดในวันนี้ ค่อยมาพบว่า Eosinophilia ลด

ลงเรื่อยๆ (5 วัน หลังจากไอตัวหนอนออกมา ลดเหลือ 12% และอีก 5 วันต่อมาลดเหลือ 8%) ผู้ป่วยกลับข้านได้ในวันที่ 33 หลังจาก รัยไ้อไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการฉีค Fouadin เขากลิ้มเนอครั้งละ 5 ล.บ. ซ.ม. เว้นวันครึ่งหนึ่งรวม 9 ครั้ง ดังคนดังแต่ ตอนทีผู้ป่วยรู้สึกเจ็บหน้าอกข้างซ้าย เมื่อ ออกจากโรงพยาบาลไปแล้วหกเดือน ผู้ป่วย

ได้มาให้แพทย์ตรวจอีกครั้งหนึ่ง ปรากฏว่า
ทุกอย่างเป็นปกติ และผลการตรวจเลือด
ก็ปกติ

สำหรับตัวหนอนที่ไอออกมา นั้น ได้ถ่ายรูปไว้แล้วส่งไปให้ Dr. N.V. Bhaduri,
Helminthology Research Department,
School of Tropical Medicine, Calcutta
เพื่อยกชนิด แต่น่าเสียดใจที่ไม่ได้รับตัวอย่าง
ผู้เขียนมีความเห็นว่าหนอนที่ออกมา เป็น
ตัวอ่อนของพวกแมลงมากกว่าจะเป็นตัวพยาธ
(helminth) และสัตว์แพทย์ วาฬ กิสมาน
แห่งกระทรวงเกษตรกรรมมีความเห็นคล้ายพวก
fruit moth (Lepidoptera)

อภิปราย

จากประวัติและการตรวจพบต่างๆ รวมทั้ง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะเห็นได้ว่า
ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วย โดยมีอาการทางสมอง
และเยื่อหุ้มสมอง แล้วมีอาการเหล่าน
หายไป ก็เกิดขวมที่หน้าข้างขวาและมาขวม
ที่คอข้างซ้าย แล้วเลอนลงไปถึงส่วนบนของ
อกข้างซ้าย ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บช้ำๆ อยู่ในอก
ข้างซ้ายออกราวหนึ่งอาทิตย์ จึงรู้สึกเจ็บ
เฉพาะบริเวณส่วนล่างของอกข้างซ้ายพร้อม
กับมีอาการไอ ผู้ป่วยมีอาการไออยู่สามวัน
จึงได้ไอมีตัวหนอนออกมา ด้วยเหตุที่การ
ตรวจเลือดผู้ป่วย 9 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 13

ของโรค จนหนึ่งวันหลังจากไอตัวหนอน
ออกมา พบ Eosinophilia สูงทุกครั้ง
(25%—55%) จึงทำให้แพทย์ผู้รักษาสงสัย
โรคตัวจิก และได้ตรวจทดสอบผิวหนัง
สำหรับโรคตัวจิกรวม 4 ครั้ง แต่ทุกครั้งก็
ได้ผลลบ ซึ่งทำให้ไม่คำนึงชนิดของตัว
หนอนที่ไอออกมา เราเชื่อว่าอาการและ
การตรวจพบทั้งหมดนี้เกิดจากตัวหนอนเดิน
ทางผ่านบริเวณสมอง ลงมาที่หน้า ทคอ
และเข้าไปในปอดจนไอออกมา ถึงแม้ว่า
เราไม่อาจทราบแน่นอนว่าเป็นหนอนของ
แมลงชนิดใด เราเชื่อมั่นว่าไม่ใช่ระยะ
ตัวอ่อนของ worm (helminth) ชนิด
ใดชนิดหนึ่ง แต่เป็นตัวอ่อนของแมลง
อย่างใดอย่างหนึ่ง การที่ระยะตัวอ่อนของ
แมลงอยู่ใน tissues ของคนก็คือ Myiasis
ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้เราวินิจฉัยได้ว่าเป็น
Myiasis เพราะเราได้หนอนแมลงออกมา
แต่เป็น Myiasis หลายชนิดที่คิดต่อกันไป
คือ Cerebral myiasis, Subcutaneous
myiasis and Pulmonary myiasis
ในเวลาเดียวกันเราจะให้การวินิจฉัยว่าเป็น
Larva migrans ก็ได้ แต่ไม่ใช่ Cutaneous
larva migrans หรือ Creeping
eruption ควรจะเป็น Visceral larva

migrans ซึ่งก็ยังไม่ตรงกับความหมาย
ของ Beaver et al. (1952)

ต่อมา Beaver (1956) กล่าวไว้ว่า
ลักษณะและตำแหน่งของพยาธิสภาพ รวม
ทั้งอาการที่ปรากฏ ยังไม่เป็นเหตุผล พอที่จะ
บอกให้แน่นอนถึงชนิดของปรสิตที่ทำให้
เกิด larva migrans ได้ ซึ่งรายงานผู้ป่วย
นั้นเป็นตัวอย่างประกอบได้เป็นอย่างดี โดยใน
ระยะแรกเราเข้าใจว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยน
ที่ เนื่องจากตัวโรค อาการเช่นนี้อาจใช้
ชื่อ Tamura (1921) เรียกอาการ creeping
eruption ก็ได้ คือ "Creeping
disease" ทั้งที่ Tamura เอง ถือว่า creep-

ing disease เป็นโรคของผิวหนังเท่านั้น
ถ้าเมื่อผู้ป่วยไอหนอนแมลงออกมา จึงรู้แน่
ว่าเป็น myiasis แต่ในเวลาเดียวกันจะวินิจฉัย
ว่าเป็น larva migrans ก็ไม่ผิดเหมือนกัน

สรุป

ได้รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย ซึ่งมีอาการ
เนื่องจากหนอนแมลงเดินทางผ่านบริเวณ
สวมขง หน้าคอ และปก แล้วไอหนอนแมลง
ออกมา ชนิดของหนอนแมลงนี้ไม่ทราบแน่
เพราะไม่ได้รับตัวอย่างจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง
หนอนแมลงนำไปให้ช่วยวินิจฉัย และได้
อธิบายถึงชื่อโรคต่างๆที่เกี่ยวกับอาการ
ของผู้ป่วยรายนี้.

References

Beaver, P. C. et al., 1952. Chronic eosinophilia due to visceral larva-
migrans; report of three cases. Pediatrics 9:7
Beaver, P. C., 1956. Larva migrans. A review. Exp. Parasitol. 5:587
Crocker, 1893. Disease of the skin. P. Blakiston, Son & Co. Philadelphia,
P. 926.
Kirby-Smith, J.L., Dove, W. E. and White, G. F., 1926. Creeping eruption.
Arch. Dermat. & Syphil. 13:137
Lee, 1874. Creeping eruption. London Clin Soc. Trans. 8:44
Tamura, H., 1921. On Creeping Disease. Brit. J. Dermat. & Syph. 33:81