

## อัมพาตจากโรคพิษสุนัขบ้า

วีรจิตต์ โชติมงคล, พบ\*,  
อรนุช วุฒิวิโรจน์, ภบ, วทม. (พยาธิวิทยา)\*\*,  
เมธี ชีพพลังชัย, พบ\*,  
เจริญ ชุณหกาญจน์, พบ\*.

\* ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* ภาควิชาพยาธิวิทยา, คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### Paralytic rabies

Verajit Chotmongkol, MD\*, Auranut Vuttivirojana, MSc (Pathobiology)\*\*,  
Metee Cheepblangchai, MD\*, Charoen Choonhakarn, MD\*.

\* Department of Medicine,

\*\*Department of Pathology,

Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen

Three cases of paralytic rabies are reported. The important presenting symptoms were generalized muscle weakness and hyporeflexia without history of dog bites. Clinical progression resembling myelitis with low sugar profile in CSF is presented in one case. Percussion myoedema and fasciculation are useful physical signs for differentiation the paralytic rabies from Guillain-Barre-Syndrome and ascending myelitis.

โรคพิษสุนัขบ้า ยังเป็นโรคที่พบได้พอสมควร ในประเทศไทย ลักษณะทางคลินิกแบ่งออกได้ เป็น 2 ชนิด คือ furious rabies (encephalitic form) และ dumb rabies (paralytic form) ในกลุ่ม furious rabies นั้น เป็นภาวะที่พบได้บ่อยกว่า และสามารถให้การวินิจฉัยได้ง่าย โดยมักตรวจพบอาการกลัวลมและกลัวน้ำซึ่งเป็นอาการที่สำคัญ ที่ช่วยในการวินิจฉัย ส่วน paralytic rabies พบได้

น้อยกว่ามาก และมีลักษณะทางคลินิกที่คล้ายคลึงกับโรคอื่นๆ เป็นเหตุให้การวินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาดได้ง่าย

เนื่องจากในช่วงเวลาเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ.2533 มีผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็น paralytic rabies 3 ราย คณะผู้รายงานจึงมีจุดประสงค์ที่จะรายงานลักษณะทางคลินิก และ ทบทวนความรู้ในการวินิจฉัยภาวะนี้

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิก

	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3
ลักษณะทางคลินิก	progressive quadriplegia, facial diplegia, dysphagia, hyporeflexia, fever injected conjunctiva, fasciculation, myoedema	ascending myelitis, hyporeflexia, stiffneck, injected conjunctiva, fever, myalgia, myoedema	fever, progressive quadriplegia, hyporeflexia, fasciculation, myoedema
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนเสียชีวิต (วัน)	17	20	23

### รายงานผู้ป่วย

**รายที่ 1** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 22 ปี อาชีพ ช่างซ่อมรถจักรยานยนต์ที่กรุงเทพฯ ภูมิลำเนาอยู่ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประวัติได้จากญาติและใบส่งตัว ผู้ป่วย โดยมีประวัติว่า ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อน มาโรงพยาบาลศรินกรินทร์ ผู้ป่วยมีอาการปวดขา ทั้ง 2 ข้าง และขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง จนเดินไม่ได้ ระหว่างนี้ไม่มีไข้ ไม่ปวดศีรษะ ปัสสาวะและ อุจจาระปกติ, 2-3 วันต่อมา มีแขนทั้งสองข้าง อ่อนแรง ร่วมกับบ่นว่าเจ็บคอ พูดคุยรู้เรื่องดี ต่อ มามีอาการคลื่นลำบากร คัดน้ำแล้วสำลัก 1 สัปดาห์ก่อน มีอาการซึมลง จำใครไม่ได้ ญาติจึง นำส่งโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งตรวจร่างกายพบมี confusion, facial diplegia, กำลังของกล้ามเนื้อ แขน grade III-IV และของกล้ามเนื้อขา grade 0, deep tendon reflexes ของแขน 1<sup>+</sup> และของ ขา 0-1<sup>+</sup> ให้การวินิจฉัยว่าเป็น lead poisoning อยู่โรงพยาบาลได้ 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการหมดสติ ไม่รู้ตัว หายใจเองไม่ได้ ได้รับการใส่ท่อเครื่องช่วย

หายใจ และส่งตัวมายังโรงพยาบาลศรินกรินทร์ ไม่ได้ประวัติถูกสุนัขกัด

ตรวจร่างกายแรกพบผู้ป่วยหมดสติ ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บแบบไม่มีจุด มุ่งหมาย สายหน้าไปมาตลอด อุณหภูมิร่างกาย 38.2° ซ. ความดันโลหิต 140/110 มม.ปรอท, ชีพจร 120 ครั้ง/นาที และเต้นสม่ำเสมอ, หายใจ 16 ครั้ง/นาที, มีขนลุกทั่วๆไป ตาแดงเล็กน้อย ทั้งสองข้าง, น้ำตามากกว่าปกติเล็กน้อย กำลัง ของกล้ามเนื้อแขน grade 0-I และของกล้ามเนื้อ ขา grade 0 การตรวจร่างกายอื่นๆ อยู่ใน เกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดัง แสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบ ประคับประคอง วันรุ่งขึ้นมีอาการมากขึ้น หมด สติ ไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวด ไข้สูงขึ้น ประมาณ 40° ซ. ตรวจร่างกายพบมี myoedema ที่กล้ามเนื้อ ต้นแขนและขา ตอนกลางวันเริ่ม มีความดันโลหิตต่ำ ต้องให้ยา vasopressor ช่วย แต่มีอาการเลวลงไปเรื่อยๆ จนเสียชีวิตจากหัวใจ หยุดเต้น รวมเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 3 วัน

ตารางที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

	รายที่ 1	รายที่ 2	รายที่ 3
.CBC			
WBC (cells/cu.mm)	17,300	6,900	21,150
PMN (%)	88	74	88
L (%)	12	26	12
.CSF			
- Pressure (mm.H <sub>2</sub> O)	150	280	370
- WBC (cells/cu.mm)	10(L 90%)	164(L 86%)	5(L 100%)
- Protein (mg%)	102	>200	47
- Sugar/bl.sugar	83/118	47/129*	111/256
.Corneal touch preparation**	positive	positive	positive
.Anti-rabies virus titer**			
- serum	negative	1:8192	1:2048
- CSF	negative	1:8192	negative
.Negri body จาก brain tissue***	positive	positive	positive

\* ยังมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับน้ำตาลในเลือด ในการเจาะ CSF ในวันต่อมา

\*\* ทำโดยวิธี indirect immunofluorescent

\*\*\* ทำโดยวิธี direct immunofluorescent และ routine paraffin section

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 41 ปี อาชีพ ทำนา จังหวัดอุดรธานี มาตรวจที่โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ ด้วยอาการสำคัญ คือ ปัสสาวะไม่ ออกมา 2 วัน โดยมีประวัติว่าประมาณ 9 วันก่อน เริ่มมีไข้สูง หนาวสั่น ปวดเมื่อยตามตัวและตา แดงเล็กน้อย ได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ อาการไม่ดีขึ้น, 3 วันก่อน เริ่มมีปวดท้องน้อยและ แขนขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง วันต่อมามีปัสสาวะไม่ ออก ไม่มีประวัติถูกสุนัขกัดหรือฉีดยกซัน

ตรวจร่างกายแรกพบ พบอุณหภูมิร่างกาย 39.5° ซ., ตาแดงเล็กน้อย เจ็บตามกล้ามเนื้อ ทั่วๆไป, คอแข็ง การตรวจทางระบบประสาท พบมีสติรู้สึกตัวดี กล้ามเนื้อของแขนอ่อนแรง

ทั่วๆไป ประมาณ grade IV และ ของขาประมาณ grade II ร่วมกับมี hyporeflexia ของ knee และ ankle jerkes การตรวจทางรูทวาร พบมีกล้ามเนื้อ หูรูดอ่อนแรง, กระเพาะปัสสาวะกั่ง ตรวจระบบ ความรู้สึกปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังแสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วยได้รับ doxycycline 200 มก./วัน เป็นเวลา 3 วัน ซึ่งอาการไม่ดีขึ้น วันรุ่งขึ้นมีหายใจเร็วขึ้นประมาณ 36-40 ครั้ง/ นาที จนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อีก 2 วันต่อมา ผู้ป่วยเริ่มซึมลง ตรวจร่างกายเพิ่มเติมพบมี myoedema ที่บริเวณต้นแขนและขา, น้ำลายมาก ไม่มีอาการผวา (กลัวลม) เมื่อโบกลมไปที่ลำตัว ได้เปลี่ยนการรักษาเป็นแบบวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง