

13

“ชายหนุ่มมาจากพิจิตรมีไข้สูง ซึม เพื่อและเป็นอัมพาตท่อนล่าง”

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 25 ปี อาชีพค้าขาย อยู่จังหวัดพิจิตร

อาการสำคัญ

เดินไม่ได้มา 10 วัน

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้หนาวสั่น หลังเป็นไข้ได้ 3-4 วันเริ่มปวดจา สับสัน ปวดเพื่อเจ็บ วันต่อมาขาทั้ง 2 ข้างเริ่มอ่อนแรง เวลาเดินขาสั้นๆ ต้องเกาะข้างฝาเวลาเดินเข้าห้องน้ำ อาการขาอ่อนแรงเป็นมากขึ้น หายใจลำบากและปัสสาวะไม่ออก แพทย์ที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดต้องใส่ท่อช่วยหายใจและนำผู้ป่วยส่งมาที่รามาธิบดี

อภิปราย

ไข้สูงและอาการปวดสับสัน ขาอ่อนแรง ทำให้นึกถึงสมองอักเสบซึ่งอาจเป็นจากเชื้อไวรัสซึ่งมีหลายชนิดที่เป็นสาเหตุ โรคอื่นๆ ที่คงต้องนึกถึงก็ได้แก่ ภาวะที่มีความผิดปกติทางภูมิคุ้มกัน เช่น acute disseminated encephalomyelitis, โรค autoimmune เช่น โรค thrombotic thrombocytopenic purpura และ SLE เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วยเป็นชายหนุ่มและแข็งแรงดีมาตลอดแต่เกิดเป็นไขขึ้นมาทันทีและมีภูมิลำเนาอยู่ทางภาคเหนือก็น่าจะนึกถึงโรคติดเชื้อไวรัสที่สมองและประสาทไขสันหลัง ที่น่าสนใจก็คือเรื่องขาเป็นอัมพาตและผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ซึ่งอาจเป็นจากประสาทไขสันหลังหรือรากประสาทส่วนคออักเสบด้วย

ผลการตรวจร่างกาย

T 37.5°C conscious and followed command
neck stiffness present
EOM's full, bilateral LMN facial weakness
weakness of both legs (gr 2/5)
absent KJ's and AJ's
no Babinski sign

อภิปราย (ต่อ)

ผู้ป่วยรายนี้นอกจากมี meningoencephalomyelitis แล้วยังมี CN 7 ทั้ง 2 ข้างเสีย เหมือนกับการอักเสบของทุกส่วนในระบบประสาททั้งส่วนกลางและรากประสาท น่าเป็นจากเชื้อไวรัส มากกว่าที่เป็น immune-mediated ยิ่ง Guillain-Barré syndrome แล้วคงไม่ใช่แน่ ผู้ป่วยมีอาการมา 10 กว่าวันและลักษณะอาการไม่เหมือนโรคพิษสุนัขบ้า จะเป็นเชื้อไวรัสตัวไหนคงต้องส่งตรวจพิเศษทาง serology

ผลการตรวจพิเศษ

WBC 15800 N 91 L 9
SGOT 73 PT 152
CXR มี LLL pneumonitis
CSF : clear, 301 cells L 83 N 15 E 2
protein 70 sugar 91
Culture : no growth PCR for TB and cryptococci -ve
Herpes IgM -ve
JE IgM +ve

EMG : small amplitude of compound muscle action potentials,
absent F-waves and normal sensory conduction

MRI : high signal T2 - weighted changes at both thalami, internal capsules,
basal ganglia, midbrain, pons, cerebellum and temporal cortices
with minimal leptomeningeal enhancement and intradural tubular enhancement along the cervical canal, conus medullaris and cauda equina.

Serology

<u>JE</u>	<u>JqG</u>	<u>Dengue</u>		
		<u>IgM</u>	<u>IgG</u>	<u>IgM</u>
111	176	1 st	22	197
81	110	2 nd (10 days later)	11	126
51	101	3 rd (— —)	12	137
71	141		10	171

สรุปเป็นโรคติดเชื้อไวรัส Japanese Encephalitis ที่ระบบประสาท

อภิปรายเพิ่มเติม

JE เป็นโรคสมองอักเสบในคนปีละประมาณ 50,000 คนในโลก และมีผู้ป่วยถึงแก่กรรมประมาณ 15,000 คน โรคนี้ระบาดเป็นครั้งแรกในญี่ปุ่นตั้งแต่ ค.ศ. 1870 จึงได้เรียกชื่อโรคเช่นนั้น ในปี 1935 จึงมีผู้แยกเชื้อไวรัสนี้ได้ ปัจจุบันจัดอยู่ในกลุ่ม Flavivirus

(flavi เป็นภาษาลาติน แปลว่า เหลือง - เอาชื่อมาจากไวรัสไข้เหลืองหรือ yellow fever virus ซึ่งเป็นไวรัสต้นแบบในตระกูลนี้) รายละเอียดเกี่ยวกับวิทยาการระบาดและพาหะนำโรค ตลอดจนอาการ การสำแดงโรคและการดำเนินโรคหาอ่านได้จากเอกสารหมายเลข 1, 2 และ 3 โดยเฉพาะหมายเลข 3 สัน ทันสมัยและหาอ่านได้จาก วารสารจากอินเทอร์เน็ต

ผู้ป่วยรายนี้ผิดแปลกจากผู้ป่วยด้วยโรค JE ส่วนมากก็ที่มีอัมพาตขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงคล้ายโรคโปลิโอ Solomon และคณะจากเวียดนาม ร่วมกับศาสตราจารย์ Nicholas White ได้รายงานผู้ป่วยด้วยอาการแบบนี้ไว้เมื่อเร็วๆ นี้ (เอกสารหมายเลข 4) แต่ผู้ป่วยของ เขามักจะมีอาการทางสมองตามหลังอัมพาตขาหรือแขนซึ่งกลับกันกับอาการผู้ป่วยรายนี้

โรค JE น่าสนใจในอีกแง่หนึ่งก็คือ เรื่องที่ไวรัสตัวนี้อาจอาศัยอยู่ได้นานในระบบประสาท เราเคยศึกษาเรื่องนี้ (เอกสารหมายเลข 5) และต่อมาศาสตราจารย์แพทย์หญิง Gourie-Devi ที่ Bangalore ประเทศอินเดีย ได้ศึกษาเรื่องนี้เพิ่มเติม (เอกสารหมายเลข 7)

JE เป็นปัญหาสาธารณสุขในบ้านเรา โดยเฉพาะในผู้ที่อยู่ในภาคเหนือและภาค กลางตอนบนของประเทศ ผมเลยให้เอกสารเกี่ยวกับวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคไว้ด้วยโดยเฉพาะ ผลงานแรกซึ่งเป็นผลงานจากประเทศไทยโดย แพทย์หญิงอนันต์ นิสาลักษณ์ (เอกสาร หมายเลข 8) และเรื่องวัคซีน SA 14-14-2 นิดครั้งเดียวที่ลองใช้ที่เนปาลโดยนายแพทย์ Scott Halstead และคณะ ได้ผลดีมาก ไว้ด้วย (เอกสารหมายเลข 9)

อนึ่ง ผู้ป่วยรายนี้เป็นรายที่รองศาสตราจารย์วิพรธร วิฑูรพันธ์ย์และคณะ ได้ รายงานไว้ในวารสาร Neurol J Southeast Asia (เอกสารหมายเลข 10)

แนะนำเอกสาร

- 1) Johnson RT. Japanese encephalitis virus. In : Viral infections of the nervous system. Second edition. Lippincott-Raven. Philadelphia. 1998; pp 122-24.
- 2) Ravi V, Desai A, Shankar SK, Gourie-Devi M. Japanese Encephalitis. In : Infectious Diseases of the Nervous System. Eds. Davis LE, Kennedy PGE. Butterworth Heinemann. Oxford. 2000; pp 231-57.
- 3) Solomon T, Dung NM, Kneen R, Gainsborough M, Vaughn DW, Khanh VT. Japanese encephalitis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; **68**: 405-15.
- 4) Solomon t, Kneen R, Dung NM, et al. Poliomyelitis-like illness due to Japanese encephalitis virus. Lancet 1998; **351**: 1094-7.
- 5) Edelman R, Schneider RJ, Vejajiva A, Srikrirk-Krich N, Phornphiboul R, Voodhikul P. Persistence of virus - specific IgM and clinical recovery after Japanese Encephalitis. Am J Trop Med 1976; **25**: 733-8.

- 6) Sharma S, Mathur A, Prakash V, Kulshreshtha R, Kumar R, Chaturvedi UC. Japanese encephalitis virus latency in peripheral blood lymphocytes and recurrence of infection in children. Clin Exp Immunol 1991; **85**: 85-9.
- 7) Ravi V, Desai AS, Shenoy PK, Satishchandra P, Chandramuki A, Gourie-Devi M. Persistence of Japanese encephalitis virus in the human nervous system. J Med Virol 1993; **40**: 326-29.
- 8) Hoke CH, Nisalak A, Sangawhipa N, et al. Protection against Japanese encephalitis by inactivated vaccines. N Engl J Med 1988; **319**: 608-14.
- 9) Bista MB, Banerjee MK, Shin SH, et al. Efficacy of single dose SA 14-14-2 vaccine against Japanese encephalitis : a case control study. Lancet 2001; **358**: 791-95.
- 10) Phoncharoensri D, Witoonpanich R, Tunlayadechanont S, Laothamatas J. Meningoencephalomyeloradiculopathy associated with Japanese encephalitis virus : a case report with clinical, electrophysiological and neuroradiological correlation. Neurol J Southeast Asia 2001; **6**: 46.