

“ปวดหัว มีไข้ สับสนและพฤติกรรมเปลี่ยนไป”

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 33 ปี อาชีพรับจ้าง อยู่ที่ กทม.

อาการสำคัญ

กระวนกระวาย สับสน มา 1 วัน

3 วันก่อนผู้ป่วยรู้สึกเป็นไข้และปวดหัวที่บริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง ปวดมากจน อาเจียนสังเกตมองเห็นภาพหลอน

1 วันก่อนมา ญาติสังเกตเห็นผู้ป่วยทำอะไรแปลกๆ เหมือนไม่ค่อยรู้ตัว บ่นปวดหัว มาก ถอดเสื้อผ้า เดินไปมาในบ้าน จึงพามาโรงพยาบาล
ปกติไม่ดื่มสุรา ยกเว้นนานๆ ครั้ง ดื่มไม่มาก

อภิปราย

อาการสำคัญที่จะต้องนำมาวิเคราะห์คือ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไป อาการปวดหัวมาก พร้อมทั้งมีไข้ เมื่อพบผู้ป่วยด้วยอาการดังกล่าวผมจะพิจารณาอาการทางพฤติกรรมก่อนการที่ ผู้ป่วยอยู่ดีเกิดมีอาการสับสน ทำอะไรแปลกๆ เช่นผู้ป่วยรายนี้ เราต้องคำนึงถึงสาเหตุหลักๆ 3 สาเหตุ คือ

1) encephalopathy เป็นคำที่ใช้หมายถึงการที่สมองทำงานผิดปกติ โดยมักจะไม่มียาพิษสภาพที่เห็นได้ชัดเกิดขึ้น เช่น การอักเสบ สาเหตุเป็น metabolic เช่น ภาวะตับวาย ไตวาย กลีโกลิในเลือดผิดปกติ เช่น ภาวะโซเดียมต่ำ ภาวะพร่องวิตามินบี 1 และภาวะพร่องฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ เป็นต้น

2) encephalitis หรือการที่เนื้อสมองอักเสบจากเชื้อโรคชนิดต่างๆ และอักเสบจากสาเหตุที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น ภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติจากการแพ้วัคซีน โรค autoimmune ชนิดต่างๆ รวม acute multiple sclerosis

3) สมองผิดปกติเฉพาะที่ เช่น เนื้องอกหรือฝีที่ temporal lobe
เนื่องจากผู้ป่วยเริ่มไม่สบายด้วยเป็นไข้ ปวดหัวมากจนอาเจียนและตาเห็นภาพซ้อนทำให้นึกถึงว่าสาเหตุน่าจะเป็นการอักเสบที่สมองมากกว่าอย่างอื่น และเนื่องจากไม่มีอาการอะไรที่ระบบร่างกายอื่น การติดเชื้อที่สมองและเยื่อหุ้มสมองน่าจะเป็นไปได้มากที่สุด ปัญหาต่อมาก็คือเชื้อโรคนั้นเป็นอะไร จากประสบการณ์คิดว่าโรคที่น่าเป็นไปได้มากที่สุด ได้แก่

1) โรคติดเชื้อไวรัสโดยเฉพาะ herpes simplex
2) พยาธิเม็ดหนู ซึ่งบางครั้งสำแดงโรคแบบนี้ได้ ถึงแม้จะพบได้น้อย ผมเคยพบมา 3-4 ราย

3) โรคติดเชื้อรา เช่น Cryptococcus neoformans โอกาสเป็นไปได้น้อย เพราะโรคนี้น่าจะไม่มีอาการรุนแรงและรวดเร็วแบบนี้ เช่นเดียวกับ

4) เชื้อวัณโรค
ส่วน 5) เชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดฝีที่สมองกลีบข้างและฝีแตกทำให้มีการอักเสบแพร่กระจายในศีรษะ ก็เป็นไปได้แต่พบได้น้อยมาก

ถ้าไม่ใช่โรคติดเชื้อ ที่ยังตัดออกไปจากการพิจารณาไม่ได้ก็แค่ acute disseminated encephalitis, acute necrotizing leucoencephalitis เป็นต้น

ผลการตรวจร่างกายอาจจะช่วยให้ความมั่นใจแก่แพทย์ผู้รักษาได้บ้าง

ผลการตรวจร่างกาย

T 37.5°C PR 84 BP 120/80
alert, slight neck stiffness
snout reflex +
sucking & rooting reflex +
Fundi ✓
Limbs: slight spasticity both arms and legs
DTR's 2+, no Babinski response
no other abnormality

อภิปราย (ต่อ)

ผลการตรวจร่างกายก็เข้าได้กับ meningoencephalitis ผู้ป่วยมีสัญญาณโรค บ่งบอกว่าสมองส่วนหน้าผิดปกติ เพราะมี primitive reflexes เมื่อพิจารณารวมกับอาการโรค โรคที่น่าเป็นไปได้ก็ยังคงเป็นเช่นที่ได้วิเคราะห์ให้ทราบแล้ว

คงจะต้องพิจารณาการตรวจเพิ่มเติม ผมคงจะเรียงลำดับดังนี้

1) MRI หรือถ้าไม่มีก็ทำ CT สมอง 2) เจาะตรวจน้ำหล่อไขสันหลัง 3) ทำ WBC และ เก็บเลือดสำหรับส่งตรวจ serology ต่อเชื้อไวรัสและพยาธิตัวตืด 4) เอกซเรย์ปอด รวมทั้ง ขาและแขนถ้าสงสัย cysticercosis

ผลการตรวจพิเศษ

Hb 12.9 PCV 38.2
WBC 9100 N 82 L 13 M 3 E 1 B 1
Platelets 137,000
L.P.: CSF OP/CP 22/14 cm H₂O, clear colourless fluid
WBC 510, all were mononuclear cells
Protein 126, glucose 63 (blood glucose 106)
Direct smear: AFB stain, India Ink -ve
no growth on culture
Blood: anti-HIV -ve
VDRL, FTA-ABS -ve
MRI brain: numerous ring enhancing cystic lesions in brain
parenchyma, supra and infra – tentorially
Chest, thigh and arm x rays: no calcification
การวินิจฉัยโรค: cerebral cysticercosis

ได้ให้การรักษาด้วยยาฉีด Dexamethasone IV 5 mg ทุก 6 ชั่วโมง 7 วัน

และ

Albendazole 400 mg หลังอาหารเช้า-เย็น

ผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากในไม่กี่วัน จึงให้กลับบ้านได้ และเมื่อมาตรวจ MRI สมองซ้ำอีก 2 เดือนต่อมา พบว่าจำนวนและขนาด cysts ที่เห็นน้อยและลดลงมากกว่าที่ตรวจครั้งแรก

อภิปราย (ต่อ)

Cysticercosis ที่สมองพบได้บ่อยมากในบ้านเราแต่การสำแดงโรคแบบผู้ป่วยรายนี้ พบได้ไม่บ่อย ในช่วง 30 ปีเศษที่ผมทำงานในประเทศไทยดูเหมือนจะพบผู้ป่วยแบบนี้เพียง 4-5 ราย ผู้ป่วยส่วนมากมาด้วยอาการลมชัก ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ meningoencephalitis ที่ผมจำได้ดีมาก ก็คืออาจารย์หญิงที่ภาควิชาอายุรศาสตร์ รามธิบดี เมื่อ 30 ปีมาแล้ว การวินิจฉัยโรคในขณะนั้นลำบากมากเพราะยังไม่มี CT scan หรือ MRI ใช้ การตรวจหา antibody ในเลือดหรือน้ำหล่อไขสันหลังก็ทำไม่ได้ อาจารย์ผู้นั้นนอกจากมีไข้ปวดศีรษะ ซึม แล้วยังมี mild jaundice และ SGOT PT ผิดปกติ ที่แรกสงสัย SLE เพราะการตรวจหา LE cells คล้ายจะให้ผลบวก ผมจำได้แน่นอนว่าน้ำหล่อไขสันหลังมีเซลล์มาก ผิดปกติและมี eosinophil มากถึงร้อยละ 17 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเพรดนิโซโลน อาการดีขึ้นจนเป็นปกติ แต่ 3-4 เดือนต่อมาคลำได้ก้อนที่แขนและมีก้อนที่ลิ้น ได้ตัดก้อนจากแขนไปตรวจจึงพบว่า เป็น cysticercosis ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อม และถึงแก่กรรมหลังจากนั้นไม่กี่ปี ส่วนอีกรายเป็นหญิงอายุรุ่นราวคราวเดียวกับอาจารย์แพทย์ที่กล่าวมาด้วยอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบกลายเป็นจากเชื้อวัณโรค แม้กระทั่ง cerebral angiogram ก็พบ arteritis เช่นกัน นอกจากนี้ยังมี hydrocephalus ที่ต้องให้การรักษาด้วยการทำ theco-peritoneal shunt ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ไม่ถึงปีถึงแก่กรรม การชันสูตรศพจึงพบว่า เป็น neurocysticercosis

ผมได้รวบรวมเอกสารเกี่ยวกับโรคนี้เฉพาะที่มาด้วยอาการเนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นส่วนใหญ่ ผมขอแนะนำเอกสารหมายเลข 1 โดยนายแพทย์ Bickerstaff แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยาคนแรกๆ แห่งมหาวิทยาลัยเบอร์มิงแฮม ประเทศอังกฤษ ซึ่งจัดว่าเป็นบทความที่คลาสสิกได้ ถ้าต้องการความรู้ใหม่ๆ ก็คงจะเป็นเรื่องที่ 5 โดย Brutto รวมทั้งเอกสารหมายเลข 6 ว่าด้วย ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคพยาธิตัวตืดในสมองทั่วไป ถ้าสนใจการวินิจฉัยด้วย MRI และการตรวจน้ำหล่อไขสันหลังก็ดูได้จากเอกสารที่ให้ไว้ ผมโชคดีที่มีเพื่อนแพทย์อาวุโสชาวบราซิลคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ Spina-Franca ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญโรคนี้ที่รู้จักกันดีที่สุดในวงกว้าง ที่กรุณาส่ง cysticercus antigen ให้ผมเป็นประจำอยู่กว่า 10 ปีทำให้นักวิทยาศาสตร์ที่หน่วยประสาทวิทยา รามธิบดี ใช้ตรวจวินิจฉัยโรคตั้งแต่เมื่อ 20 ปีมาแล้ว ปัจจุบันก็ยังส่งวารสารของสมาคมประสาทฯ บราซิลที่ท่านเป็นบรรณาธิการบริหารให้ผมเป็นประจำ ขณะนี้นายแพทย์ Spina-Franca อายุเกือบ 80 ปีแล้วแต่ก็ยังไปประชุมสหพันธ์ประสาทวิทยาโลกเป็นประจำทุก 4 ปี แพทย์รุ่นศิษย์ของท่านก็สนใจในเรื่องนี้ต่อไปเพราะโรค neurocysticercosis เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศในแถบอเมริกาใต้ เอกสารหมายเลข 8 ซึ่งว่าด้วย การวินิจฉัยโรคทางวิทยาภูมิคุ้มกันเป็นการศึกษาของนายแพทย์ Spina-Franca และคณะ จากการตรวจผู้ป่วยเป็นจำนวนกว่า 1500 รายในระยะเวลากว่า 60 ปี ส่วนเอกสารหมายเลข 9 ถึง 11 ก็เป็นผลงานของเพื่อนรุ่นน้องและศิษย์ของท่าน ประเทศบราซิลนอกจากจะมีทีมฟุตบอลเก่งที่สุดแล้วยังมีผู้รู้โรคพยาธิตัวตืดหมูขึ้นสมองดีที่สุดในตัว !

เอกสารสุดท้าย (หมายเลข 13) ที่แนะนำเป็นการศึกษาของอาจารย์
นายแพทย์วีรยุทธ นันทรัฐโรจน์ และคณะจากศิริราช มีผู้ป่วยไทย 44 รายในช่วง 3 ปี
ระหว่างพ.ศ. 2541-2544 แพทย์ผู้สนใจควรรหาเก็บไว้เช่นกัน

แนะนำเอกสาร

- 1) Bickerstaff ER. Cerebral cysticercosis. Common but unfamiliar manifestations. BMJ 1955; i: 1055-58.
- 2) Madrazo I, Olhagaray B, Becerra M, Sandoval MA, Soto R. Acute cysticercosis encephalitis : description of a histologically confirmed case. Neurosurgery 1983; **13**: 593-5.
- 3) Rangel R, Torres B, Del Brutto O, Sotelo J. Cysticercotic encephalitis : a severe form in young females. Am J Trop Med Hyg 1987; **36**: 387-92.
- 4) Ratanakorn D. Neurocysticercosis. Travel Medicine International 1997; **15**: 24-29.
- 5) Del Brutto OH. Neurocysticercosis. Curr Opin Neurol 1997; **10**: 268-72.
- 6) Del Brutto OH, Rajshekhar V, White AC, Tsang VCW, Nash TE, Takayanagui OM, et al. Proposed diagnostic criteria for neurocysticercosis. Neurology 2001; **57**: 177-83.
- 7) (i) Garg RK (ii) Katti MK Letters to the editor in response to (6) and the authors' reply. Neurology 2002; **58**: 1315-6.
- 8) Dumas JL, Visy JM, Belin C, Gaston A, Goldlust D, Dumas M. Parenchymal neurocysticercosis : follow-up and staging by MRI. Neuroradiology 1997; **39**: 12-8.
- 9) Spina-Franca A, Livramento JA, Machado LR. Cysticercosis of the central nervous system and cerebrospinal fluid. Immunodiagnosis of 1573 patients in 63 years (1929-1992). Arg Neuropsiquiatr 1993; **51**: 16-20.
- 10) Bueno EC, Vaz AJ, Machado LDR, Livramento JA. Neurocysticercosis. Detection of IgG, IgA and IgE antibodies in cerebrospinal fluid, serum and saliva samples by ELISA with Taenia solium and Taenia crassiceps antigens. Arg Neuropsiquiatr 2000; **58**: 18-24.

11) Machado LR, Livramento JA, Vaz AJ, Bueno EC, Mielli SR, Bastouly V, et al. IgG intrathecal synthesis and specific antibody index in patients with neurocysticercosis. Arq Neuropsiquiatr 2002; **60**: 395-9.

12) Odashima NS, Takayanagui OM, de Castro Figueiredo JF. Enzyme linked immunosorbent assay (Elisa) for the detection of IgG, IgM, IgE and IgA against cysticercus cellulosae in cerebrospinal fluid of patients with neurocysticercosis. Arq Neuropsiquiatr 2002; **60**: 400-5.

13) วีรยุทธ นันทรุ่งโรจน์, สุมิตรา เจริญหิรัญยิ่งยศ, ดาราวรรณ วนะชีวนาวิน, ประภาทิพย์ เอี่ยมโสภณา, วรณะ มหากิตติคุณ, รังสรรค์ ชัยเสวิกุล.
Neurocysticercosis : Clinical manifestations and assessments.
สารศิริราช 2545; **54**: 394-402.