

รายงานผู้ป่วยเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ คริปโตคอกคัส นีโอฟอร์แมน ที่มีอาการตามัว และหูหนวกอย่างรวดเร็ว ร่วมกับมี เซลล์อีโอซิโนฟิลในน้ำไขสันหลัง

วีรจิตต์ โชติมงคล

หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Unusual Manifestation In Cryptococcal Meningitis : A Case Report

Verajit Chotmongkol M.D.

Division of Neurology.

Department of Medicine, Srinagarind Hospital,

Faculty of Medicine, Khon Kaen University.

The common symptoms in cryptococcal meningitis are chronic headache and nausea/vomiting respectively. Impairment of visual acuity and hearing loss are less common finding, both of which can be found in the late stage of the disease. Lymphocytic pleocytosis in cerebrospinal fluid analysis is a common laboratory finding. A 42 year-old, farmer, male patient whose diagnosis was cryptococcal meningitis presented with acute headache, rapidly followed by visual and hearing loss and eosinophilic pleocytosis in CSF is reported. Diagnostic approach will be discussed in details.

เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส นีโอฟอร์แมน โดยทั่วไปจะมีอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะเรื้อรัง และคลื่นไส้ อาเจียน, ความผิดปกติของการมองเห็นและการได้ยินพบได้ไม่บ่อยนัก และอาการทั้งสองนี้มักพบในระยะหลังของโรค การตรวจน้ำไขสันหลังส่วนใหญ่จะพบมี

เซลล์ลิมโฟไซต์เพิ่มขึ้น ผู้เขียนได้รายงานผู้ป่วย 1 ราย เป็นเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส นีโอฟอร์แมนที่มีอาการปวดศีรษะ, สายตามัวและหูหนวกอย่างรวดเร็วร่วมกับมีเซลล์อีโอซิโนฟิลสูงในน้ำไขสันหลัง, ได้วิจารณ์ถึงวิธีการวินิจฉัยไว้ด้วย -x-

บทนำ

โดยปกติการติดเชื้อของเยื่อหุ้มสมองจากเชื้อคริปโตคอกคัส นีโอฟอร์แมน มักจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป อาการที่พบบ่อย⁽¹⁾ ได้แก่ ปวดศีรษะเรื้อรัง, กลืนไส้เอาเจียน, ส่วนไข้และคอแข็งตึง พบได้ประมาณร้อยละ 50, ความผิดปกติของสายตาพบได้ประมาณร้อยละ 30 ความผิดปกติของการได้ยินพบได้ประมาณร้อยละ 20⁽²⁾ ซึ่งทั้งสองอย่างหลังนี้มีมักพบในระยะหลัง ๆ ของโรค, การเปลี่ยนแปลงของน้ำไขสันหลังโดยทั่วไปจะมีเซลล์เพิ่มขึ้น โดยที่เซลล์ส่วนใหญ่เป็นลิมโฟไซต์ ผู้เขียนจึงรายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอกคัส นีโอฟอร์แมน ซึ่งมาด้วยอาการที่พบได้น้อย และเกิดร่วมกันในผู้ป่วยรายเดียวกัน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 42 ปี อาชีพทำนาอยู่ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปโรงพยาบาลอำเภอเนื่องจากมีอาการปวดศีรษะทั่ว ๆ ไป เป็นมากมา 2 วัน พร้อมกับมีอาการตามัวและหูไม่ค่อยได้ยินร่วมด้วย, ไม่มีไข้ ไม่คลื่นไส้เอาเจียน, มีประวัติกินหอยดิบเป็นประจำ ครั้งสุดท้าย 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจพบว่ามคอตั้งแข็งและ papilledema จึงแนะนำให้มารักษาที่โรงพยาบาลศรินครินทร์ ตรวจร่างกายแรกพบ อุณหภูมิร่างกาย 37.0° ซ. ให้ความร่วมมือดี, ตามัว หูไม่ค่อยได้ยินทั้งสองข้าง แก้วหูปกติดี การตรวจร่างกายทางระบบประสาท ไม่มีคอแข็ง, ไม่มี Kernig's sign มี early papilledema, และ hyporeflexia นอกนั้นปกติ, การตรวจร่างกายในระบบอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจพิเศษพบว่าวัดสายตาข้างขวาเห็นเพียงมือบอกไปมา และตาซ้ายสามารถนับนิ้วมือได้ที่ระยะ 2 ฟุต และการตรวจ audiogram

พบว่าหูข้างขวาหนวก และข้างซ้ายมี Sensorineural hearing loss.

ผลการตรวจเลือดมีฮีมาโตครีทร้อยละ 50, จำนวนเม็ดเลือดขาว 19,200 ตัว/ลบ.มม. แยกเป็นโพลีมอร์โฟนิวเคลียเซลล์ร้อยละ 83, ลิมโฟไซต์ร้อยละ 12, อีโอสิโนฟิลร้อยละ 5, เกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากมีประวัติกินหอยดิบและปวดศีรษะจึงได้เจาะน้ำไขสันหลังมาตรวจพบว่ามีความดันมากกว่า 600 มม.น้ำ., โปรตีน 99 มก.%, น้ำตาล 61 มก.% (น้ำตาลในเลือด 130 มก.%), เม็ดเลือดขาว 115 ตัว/ลบ.มม. (ลิมโฟไซต์ร้อยละ 50 และ อีโอสิโนฟิลร้อยละ 50) ได้ให้การวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็น Eosinophilic meningitis จากพยาธิและไม่ได้นำน้ำไขสันหลังไปย้อม indian ink ต่อ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Dexamethazone 5 มก. เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมงไว้

ผู้เขียนได้รับการปรึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยในวันต่อมา มีความเห็นว่าความผิดปกติทางสายตาและการได้ยินอาจจะเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น เชื้อคริปโตคอกคัส, จึงได้ตรวจน้ำไขสันหลังซ้ำ ซึ่งผลจากการย้อม indian ink (รวมทั้งผลเพาะเชื้อ) ให้ผลบวกสำหรับเชื้อคริปโตคอกคัส นีโอฟอร์แมน ได้ให้การรักษาด้วย Amphotericin B. ระหว่างรักษาผู้ป่วยยังมีปัญหาปวดศีรษะอยู่ตลอดและอาการทางสายตาเลวลงเนื่องจากความดันในสมองที่สูงโดยตาบอดข้างขวา และตาซ้ายเห็นเพียงมือบอกไปมา จึงได้พิจารณาทำ Ventriculo-peritoneal shunt หลังจากนั้นผู้ป่วยอาการดีขึ้น อาการปวดศีรษะหายไป ตามองเห็นดีขึ้นบ้างโดยตาบอดข้างขวา ตาซ้ายสามารถนับนิ้วมือได้ที่ระยะ 2 ฟุต อาการทางหูได้ยินดีขึ้นบ้างทั้งสองข้าง ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในที่สุด รวมเวลาที่อยู่โรงพยาบาลประมาณ 60 วัน

วิจารณ์

เป็นที่ทราบกันดีว่าสาเหตุของ Eosinophilic meningitis โดยทั่วไปเกิดจากพยาธิและพยาธิตัวที่เป็นต้นเหตุส่วนใหญ่ในประเทศไทย ได้แก่ แองจิโอสโตรงจีลีส แคนโตเนนซิส⁽³⁾ ซึ่งพบได้ในหอย⁽⁴⁾ และพยาธิตัวจิ๊ด อาการสำคัญที่พบได้บ่อยคือ⁽³⁾ ปวดศีรษะมาก ซึ่งเป็นค่อนข้างรวดเร็วภายในไม่กี่วัน อันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ ปวดศีรษะจากภาวะนี้พบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากนิสัยการกินอาหารและภาวะเศรษฐกิจ แพทย์ที่ทำงานอยู่ในภูมิภาคนี้จึงนึกถึงอยู่เสมอ ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยในครั้งแรก

เหตุที่ผู้เขียนนึกถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยรายนี้ น้อยลง เพราะจากรายงานผู้ป่วยโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากพยาธิ แองจิโอสโตรงจีลีส แคนโตเนนซิส จำนวน 484 ราย⁽³⁾ ไม่พบว่ามีความผิดปกติทางการได้ยินเลย ส่วนความผิดปกติของการมองเห็นนั้น ส่วนใหญ่จะมีอาการตามัวเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งเกิดจาก severe papilledema, และมีรายงานผู้ป่วยเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้ออริบโตคอกคัส ที่มาด้วยอาการสำคัญคือ หูหนวกอย่างรวดเร็ว⁽⁵⁾ และมีเซลล์อีโอสิโนฟิลเพิ่มขึ้นในน้ำไขสันหลัง⁽⁶⁾ จึงจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยรายนี้

ผู้เขียนหวังว่ารายงานนี้ จะช่วยแพทย์เวชปฏิบัติให้นึกถึงภาวะโรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราตัวนี้ไว้บ้าง ในผู้ป่วยที่เป็น Eosinophilic meningitis และเน้นว่าการตรวจน้ำไขสันหลังอย่างสมบูรณ์ทุกครั้ง จะทำให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Sabetta JR, Andriole VT. Cryptococcal infection of the central nervous system. Med Clin North Am 1985 ; 69 : 333-44.
2. Lewis JL, Rabinovich S. The wide spectrum of cryptococcal infections. Am J Med 1972 ; 53 : 315-21.
3. Punyagupta S, Bunnag T, Juttijadana P. Eosinophilic meningitis in Thailand, Epidemiologic studies of 484 typical cases and the etiological role of *Angiostrongylus cantonensis*. Am J Trop Med Hyg 1970 ; 19 : 950.
4. จำลอง ทะริณสุต, ประเสริฐ เสตสุบรรณ, ประยงค์ ระดมยศ. การศึกษาพยาธิแองจิโอสโตรงจีลีส แคนโตเนนซิส ในหอยและในหอยในประเทศไทย. จ.พ.ส.ท. 2508 ; 48 : 158-71.
5. Maslan MJ, Graham MD, Flood LM. Cryptococcal meningitis, Presentation as sudden deafness. Am J Otol 1985 ; 6 (5) : 435-7.
6. Anderson P, Macklis J, Brown M, et al. Eosinophilic cerebrospinal fluid. Pleocytosis and cryptococcal meningitis. Ann Intern Med 1985 ; 103 : 306-7.