



Subacute sclerosing panencephalitis : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

สมลักษณ์ กาญจนางค์กุล พ.บ.*

อนนท์ บริณายกานนท์ พ.บ.*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงอายุ 14 ปี มาด้วยอาการชัก การตรวจไม่พบสาเหตุอื่นนอกจากผลคลื่นสมองผิดปกติ และมีประวัติถูกทารุณทางเพศ ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และเชาวน์ปัญญา กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก ชัก และเสียชีวิตหลังจากนั้นมา 22 เดือน การวินิจฉัยโรค คือ Subacute sclerosing panencephalitis วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47(3): 209-215.

คำสำคัญ อาการชัก Subacute sclerosing panencephalitis

บทนำ

Subacute sclerosing panencephalitis จัดเป็น chronic progressive demyelinating disease ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อหัดในระบบประสาทส่วนกลาง^(1,2) พบอุบัติการณ์ลดลงหลังจากการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ผู้ป่วยมักมีประวัติป่วยโรคหัดในวัยเด็กเล็กตามด้วยระยะพักตัว 6-8 ปี จึงพัฒนาเป็นโรคทางระบบประสาทเด็กมักมาด้วยระดับผลการเรียนตกต่ำลงร่วมกับอารมณ์ และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง มีการเสื่อมลงของเชาวน์ปัญญา อาการชักเกร็งกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง มักเสียชีวิตภายหลังจากมีอาการประมาณ 1-3 ปี⁽³⁾

รายงานนี้ได้นำเสนอผู้ป่วย Subacute sclerosing panencephalitis 1 ราย มาด้วยอาการชักเกร็งร่วมกับคลื่นสมองผิดปกติ แต่เนื่องจากการชักที่ไม่ชัดเจนและมีประวัติถูกทารุณทางเพศ จึงได้รับการดูแลทั้งทางอายุรกรรมร่วมกับจิตเวช อาการของผู้ป่วยเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ จนเสียชีวิตในเวลา 22 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการ

จุดประสงค์ของรายงานนี้เพื่อให้จิตแพทย์ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์สาขาอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจอย่างรุนแรงก่อนเกิดการเจ็บป่วยทางกาย

รายงานผู้ป่วย (เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่ 1 พ.ค. 2541) ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 14 ปี นักเรียนชั้น ม.2 ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ อาการสำคัญ เกร็งกระตุกที่แขนขา และตัว ประวัติปัจจุบัน 9 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนอนหลับอยู่ ผู้ป่วยมีอาการเกร็งทั้งตัว ตาลอยปลายเท้าเหยียดเกร็ง นาน 2 นาที ไม่มีอุจจาระ ปัสสาวะรด เมื่อรู้สึกตัว ผู้ป่วยร้องไห้บอกแม่ว่าฝันมีผู้ชายจะมาฆ่า

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล อาการเป็นมากขึ้น คืนหนึ่งเกร็งหลายครั้ง มา

โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค Temporal lobe epilepsy ให้ dilantin 300 มก./วัน อาการดีขึ้น

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ขาเริ่มอ่อนแรงเป็นพักๆ เดินเซ หกล้มบ่อย เกร็ง น้ำลายไหล ไปโรงเรียนไม่ได้ อาการไม่เหมือนกัน ทุกครั้ง บางครั้งล้มหน้า บางครั้งหงายหลัง เกร็งล้ม หรือตัวอ่อน ประสาทแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Conversion ให้ depakin 1,500 มก./วัน ปรีกษาคิดแพทย์ได้ประวัติว่าผู้ป่วยเดินเซ หกล้มจน หัวเข่าแตก 2 ครั้ง ตอนอยู่โรงเรียนมีอาการเกร็ง น้ำลายไหล จนถูกเพื่อนล้อ และมีเรื่องจะทำตบกัน ผู้ป่วยร้องไห้ขณะสัมภาษณ์ บอกว่าอยากเรียน แต่เรียนไม่ได้ เพราะชักเกร็ง จิตแพทย์วินิจฉัยว่า ป่วยเป็นโรค Epilepsy with adjustment reaction

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล อาการกระตุกเป็นมากขึ้น นอนพักยังกระตุก จนผู้ป่วยต้องออกจากโรงเรียนเนื่องจากไปกระตุกล้มที่โรงเรียน ประวัติอดีต ไม่มีประวัติชักในวัยเด็ก

ไม่เคยได้รับวัคซีนใด ๆ จนเข้าโรงเรียน จึงได้รับวัคซีนตามที่โรงเรียนมีให้

ปฏิเสธการใช้สารเสพติด หรือยาอื่น ออกหัดเมื่ออายุ 13 ปี

ประวัติส่วนตัว ผู้ป่วยเป็นเด็กเลี้ยงง่าย สุขภาพแข็งแรง

เข้าเรียนตามเกณฑ์ผลการเรียนได้เกรด 2-3 กว่ามาตลอด มีเพื่อนสนิท 2-3 คน อุปนิสัยส่วนตัวเรียบร้อย สนุกสนานร่าเริง เวลาไม่สบายใจจะปรึกษาแม่ 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล แม่พาผู้ป่วยไปขายบริการทางเพศเพื่อเอาเงินมาจ่ายค่าเช่าบ้าน

ประวัติครอบครัว เป็นลูกคนที่ 2 มีพี่ชาย 1 คน อาศัยอยู่กับยาย และแม่

พ่ออายุ 39 ปี แยกทางกับแม่เมื่อผู้ป่วยอายุ 4 ขวบ พ่อมีครอบครัวใหม่ ไม่ค่อยสนใจลูก พ่อพักอยู่กับแม่เลี้ยงที่เชียงใหม่

แม่อายุ 38 ปี นิสัยใจร้อน สมัยสาวๆ เคยทะเลาะกับยายหนีออกจากบ้าน ช่วงที่ไม่มีเงินใช้เคยขายบริการทางเพศเป็นครั้งคราวจนกระทั่งพบพ่อของผู้ป่วย จึงอยู่ด้วยกันประมาณ 6 ปีก็ แยกทางกัน แม่ส่งผู้ป่วยและพี่ชายลงมาอยู่กับยาย ที่กรุงเทพฯ จนผู้ป่วยอายุ 10 ขวบ แม่จึงมาอยู่ด้วย แม่ทำงานรับจ้างซักผ้า รายได้ไม่ค่อยพอใช้

ยายอายุ 65 ปี เจ้าอารมณ์รู้จักจู้จิก รักเด็กผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เวลาผู้ป่วยทำผิด ยายจะใช้หม้อเขกศีรษะหรือตีรุนแรง แม่ตอนผู้ป่วยไม่สบาย ครั้งนี้ยายหาว่าผู้ป่วยแกล้งทำ

พี่ชายอายุ 16 ปี เรียนจบ ม.3 ตกงาน เป็นช่วงๆ สนทนากับผู้ป่วย

ตรวจร่างกาย (พ.ค. 2541)

พบความผิดปกติทางระบบประสาทคือกระดูกที่ใบหน้า และลำตัว เกร็ง มีรอยฟกช้ำตามขาที่เกิดจากการชก นอกจากนั้นปกติ

การตรวจสภาพจิต (พ.ค. 2541)

ลักษณะทั่วไป เด็กหญิงวัยรุ่น ผิวขาวท้วม สะอาด หน้าตาดี ไขมันสั้นทรงนักเรียน เดินโดยแม่ช่วยพยุง สีหน้ากังวล สบสายตา ให้ความร่วมมือดี ขณะพูดกระดูกที่ใบหน้า และลำตัว เกร็ง น้ำลายยืด เป็นพักๆ

บางครั้งพูดขาดเป็นช่วงๆ พูดได้ใจความรู้เรื่อง กังวลกับการเจ็บป่วย เมื่อถามถึงเรื่องการเรียน ผู้ป่วยร้องไห้ บอกว่าอยากเรียนแต่เรียนไม่ได้ บางครั้งยิ้มได้เมื่อพูดถึงสิ่งที่ถูกใจ การรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบอาการของโรคจิต

ผลการตรวจทางจิตวิทยา (มิ.ย. 2541)

พฤติกรรมขณะทดสอบ : พูดจาโต้ตอบรู้เรื่องพูดค่อนข้างช้า สีหน้าเรียบเฉย ฟังคำสั่ง และคำอธิบาย เข้าใจดีขณะทำการทดสอบผู้ป่วยมีน้ำลายไหลจาก

มุมปาก ผู้ป่วยจะขอโทษ เมื่อมีอาการเช่นนี้ ให้ความร่วมมือดี

ผลการทดสอบ SCT : ผู้ป่วยเป็นห่วงเรื่องสุขภาพ พ่อ รู้สึกว่าข้อผิดพลาดที่ยิ่งใหญ่ของตน คือ ทำให้แม่โกรธ รู้สึกว่าครอบครัwmองตนเองในด้านลบ และต้องการความรักจากครอบครัว ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนๆ เพื่อนชอบแกล้ง ผู้ป่วยมีปัญหาที่คิดอยู่ และต้องการจะลืม

Rorschach : lack of empathy ego weakness โดยใช้กลไก กลไกทางจิต คือ เก็บกด วิตกกังวลง่าย passive aggressive มองตนเองในด้านลบและสังคมรอบข้างไม่ดี ไม่มียึดหยุ่น ปรับตัวลำบาก พยายามควบคุม อารมณ์ มีความสัมพันธ์ต่อผู้ชายไม่ดี มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ค่อนข้างแยกตัวจากสังคม มีปัญหาด้าน organic ทำให้ไม่สามารถอธิบายความคิดได้ดีเท่าที่ควร แต่มีความสามารถในการมองภาพรวม

TAT : ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเผชิญหน้ากับสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับพ่อมีความขัดแย้งเกี่ยวกับด้านเพศ มีลักษณะหวาดระแวง กังวล เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน และค่อนข้างหมัดหวงในเรื่องนี้ ไม่มีอาการของโรคจิต

ระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีตกขาว กลิ่นเหม็น ส่งปรึกษาแพทย์นรีเวชตรวจภายใน วินิจฉัยว่าช่องคลอดอักเสบ รักษาโดยให้ doxycycline และ methronidazole ส่วนประสาทแพทย์ให้การรักษาด้วย depakin 1,500 มก./วัน อาการทุเลาลง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครั้งที่ 2 (สค. 2541) ด้วยอาการอ่อนแรงทั้งตัว เกร็งกระดูกมากขึ้น พฤติกรรมถดถอยคล้ายเด็ก ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง อุจจาระปัสสาวะราด ไม่ยอมพูด ไม่ทานอาหารเอง เวลาป้อนข้าวต้องบอกให้เคี้ยว จึงจะเคี้ยว ผู้ป่วยยังมี ทำทางสนใจสิ่งแวดล้อมอยากพูด แต่ก็ไม่สามารถพูดออกมาได้เวลาที่มีเรื่องถูกใจยิ้มแย้มได้

เวลาไม่พอใจจะร้องไห้แทนการพูด ผู้ป่วยขยับแขนได้เล็กน้อย ส่วนขาเองขยับไม่ได้ตรวจทางระบบประสาท พบผิดปกติ คือ spastic muscle, motor power upper and lower gr II/IV

การตรวจสภาพจิต (ส.ค. 2541)

ลักษณะทั่วไป เด็กหญิงวัยรุ่น รูปร่างผอมลงจาก 2 เดือนก่อน สีหน้าเฉย นอนบนเตียงลืมตาเหม่อลอย ไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์เช่นครั้งก่อน ไม่พูดไม่ก้าวร้าว แสดงท่าทางคล้ายเด็กที่อยากให้แม่ อยู่ดูแลใกล้ชิดตลอด ไม่ยอมให้ไปที่อื่น แสดงอารมณ์ เวลาตีใจ หรือถูกขัดใจได้ แต่โดยทั่วไปค่อนข้างเฉยเมย ไม่พบลักษณะที่ตอบสนองต่อ hallucination เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการถดถอยค่อนข้างเร็ว ไม่ช่วยเหลือตัวเอง ไม่ร่วมมือหลายอย่าง ประสาทแพทย์ตรวจไม่พบสาเหตุอื่น นอกจากมีผลคลื่นสมองผิดปกติร่วมกับมีประวัติความขัดแย้งทางจิตใจที่รุนแรง โดยเฉพาะภายหลังถูกขยายบริการทางเพศ จึงไม่สามารถวินิจฉัยแยกจากโรค hysterical conversion ได้ ผู้ป่วยได้รับการทำ amythal interview อาการก็ไม่ดีขึ้น

ธ.ค. 2541 ผู้ป่วยมีอาการเกร็งกระตุกถี่ขึ้นและชักเกร็งตัวเขียวอยู่นาน 2 นาที หลังจากนั้นมีอาการเกร็งกระตุกเป็นพักๆ ตรวจทางระบบประสาทผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ร้องไห้บ่อยคล้ายเด็ก ไม่พูดแม้กระตุ้น pain แล้วก็ตาม ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ มี disuse atrophy ของแขนขา ทั้ง 2 motor power-upper and lower gr II/V reflex 3⁺ Barbinski's absent ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค Subacute sclerosing panencephalitis ได้รับการรักษาด้วย depakin 1,000 มก./วัน rivotril 0.5 มก./วัน baclofen 10 มก./วัน แพทย์ขอทำ brain biopsy แต่แม่ของผู้ป่วยไม่อนุญาต หลังจากนั้นผู้ป่วยติดตามรักษาทั้งทางอายุรกรรม และเวชกรรมฟื้นฟู อาการเสื่อมถอยลงจนเสียชีวิตเมื่อเดือน

มิถุนายน 2542 (22 เดือนหลังจากมี อาการแสดง)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

EEG (ก.พ. 2541) : focal slow wave at both fronto-temporal area
EEG (ต.ค. 2541) : abnormal record compatible with epileptic disorder
EEG (ธ.ค. 2541) : diffuse cerebral dysfunction, may be due to encephalitis or other encephalopathy

CT and MRI-brain (มี.ค. 2541, ส.ค. 2541 และ ต.ค. 2541) : normal

MRI-brain (ม.ค. 2542): lesion at white matter both cerebral hemisphere

CSF for measles titer

26 ส.ค. 2541 titer 1:61 ELISA (IgM) positive

11 ม.ค. 2542 titer 1:61 ELISA (IgM) positive

18 ก.พ. 2542 titer 1:61 ELISA (IgM) positive

CSF study 18 ก.พ. 2542 Wbc 0 protein 59 mg/dl glucose 57 mg/dl

VDRL non reactive, Anti-HIV non reactive

วิจารณ์

ผู้ป่วยเด็กหญิงวัยรุ่นมาด้วยอาการเกร็งกระตุกตรวจพบมีคลื่นสมองผิดปกติ การวินิจฉัยครั้งแรกคือ temporal lobe epilepsy ต่อมาอาการทรุดลงพฤติกรรมถดถอยคล้ายเด็กเล็ก ไม่พูด ไม่ยอมช่วยเหลือตัวเอง อาการเกร็งกระตุกเป็นมากขึ้น การตรวจร่างกาย และผลการตรวจ CT-MRI ของสมองในระยะแรกปกติ แพทย์ไม่พบสาเหตุ ทางกายที่อธิบายได้ประกอบกับได้ประวัติเพิ่มเติม ภายหลังเรื่องการถูกบังคับขายบริการทางเพศก่อนที่มีการ

เจ็บป่วย ทำให้นึกถึง hysterical conversion เกณฑ์การวินิจฉัย conversion disorder ตาม DSM IV⁽⁴⁾ คือผู้ป่วยมีอาการเกี่ยวกับกล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้การควบคุมของจิตใจหรือประสาทรับรู้ ร่วมกับมีปัญหาทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว conversion disorder ควรได้รับการวินิจฉัยภายหลังการตรวจไม่พบโรคทางกาย หรือโรคทางระบบประสาทที่อธิบายถึงสาเหตุของอาการ อย่างไรก็ตาม conversion ก็พบร่วมกับพยาธิสภาพ ทางกายได้ค่อนข้างสูง โดย Slater⁽⁵⁾ เน้นย้ำว่า การวินิจฉัย hysterical conversion ต้องมีหลักฐานสนับสนุนการวินิจฉัยมากกว่าวินิจฉัยเพราะไม่สามารถหาสาเหตุอื่นในขณะที่อาการทางคลินิกของผู้ป่วยถดถอยลงค่อนข้างเร็ว⁽⁷⁾ เพื่อมิให้การดำเนินโรคนาน อันจะทำให้ภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น ผู้ป่วยจึงได้รับการทำ amythal interview ภายหลังการทำ Amythal interview อาการก็ ยังไม่ดีขึ้น จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งขณะอยู่หอผู้ป่วย ได้ส่งตรวจคลื่นสมอง และวินิจฉัยสุดท้ายคือ subacute sclerosing panencephalitis ซึ่งยืนยันการวินิจฉัยโรคนี้ จากผลการตรวจน้ำไขสันหลัง titer measles Ig M ได้ผลบวก ผล CT และ MRI สมอง พบมี multifocal white matter lesion และ cortical atrophy อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงและเสียชีวิตหลังจากมีอาการได้ เกือบ 2 ปี (22 เดือน)

ร้อยละ 85 ของผู้ป่วย subacute sclerosing panencephalitis ได้รับการวินิจฉัยในช่วงอายุ 5-15 ปี^(1,2,6) อัตราส่วน ชาย:หญิง = 3:1 มีรายงานผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 10 รายต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา Bonthius DJ ประสาทกุมารแพทย์⁽³⁾ ได้รายงานผู้ป่วยเด็กชายไทย 1 รายเป็นบุตรบุญธรรมที่รับจากประเทศไทย มาอยู่อเมริกาตั้งแต่อายุ 4 ปี โดยไม่มีประวัติการฉีดยาที่ชัดเจน ระยะแรกเด็กแข็งแรงดี ต่อมาป่วยเป็นโรคนี้ขณะอายุ 13 ปี มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ สมาธิสั้น แขนขา

กระตุกเป็นพักๆ บางขณะคล้าย depression ได้รับการรักษาด้วย methylphenidate, dilantin, valproic acid, fluoxetine ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยของเชาวน์ปัญญา และการเคลื่อนไหวลงตลอดเวลาจนเสียชีวิตใน 9 เดือนต่อมา ยืนยันการวินิจฉัยโรค subacute sclerosing panencephalitis จากผลการตรวจน้ำไขสันหลัง และคลื่นสมองผิดปกติ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีประวัติป่วยโรคหัดตอนเด็กเล็ก ใช้เวลานาน 6-8 ปี จึงแสดงอาการ ทางระบบประสาท อาการระยะแรกเริ่มคือ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม^(1,2) บุคลิกภาพ และเชาวน์ปัญญา ในเด็กนักเรียนมาด้วยผลการเรียนตกต่ำลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ระยะที่ 2 มีความผิดปกติทางระบบประสาท คือ focal or generalized seizure, ataxia, myoclonic jerk, visual disturbance, hallucination อาการค่อยๆ เสื่อมถอยลง quadripletic, spastic with hyperreflexia ในระยะสุดท้าย stupor และ coma ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 1-3 ปี หลังจากมีอาการ

เนื่องจากอาการ และอาการแสดงทางคลินิก ไม่มีลักษณะเฉพาะสำหรับ subacute sclerosing panencephalitis⁽¹⁻³⁾ การวินิจฉัยโรคนี้จึงได้จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของน้ำไขสันหลังซึ่งมีระดับโปรตีนขึ้นเล็กน้อย ระดับ antimeasle antibody สูง ผลตรวจคลื่นสมองพบลักษณะเฉพาะคือ high-amplitude slow wave ตามด้วย low-amplitude period ที่เรียกว่า "burst suppression" ผล CT และ MRI สมอง พบมี multifocal white matter lesion cortical atrophy ตรวจพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อสมอง พบ perivascular inflammation, neuronal loss, astrocytosis และ gliosis ยังไม่มีวิธีรักษาเฉพาะของโรคนี้ มีรายงานว่าใช้ inosinex (isoprinosine) (100 มก./กก./วัน) ร่วมกับ intraventricular interferon พบว่าช่วยให้อาการดีขึ้นในบางราย

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของโรค subacute sclerosing panencephalitis

(Thai journal link) ทั้งนี้เนื่องจากอาการทางคลินิกไม่ชัดเจน ตลอดจนอุปสรรคด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด การนำเสนอรายงานผู้ป่วยรายนี้ เพื่อให้จิตแพทย์ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์สาขาอื่น อาการทางคลินิกของโรค subacute sclerosing panencephalitis มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะต่างๆ ของการดำเนินโรค⁽¹⁻³⁾ คล้ายกับโรค temporal lobe epilepsy, conversion การมีประวัติความขัดแย้งทางจิตใจที่รุนแรง โดยเฉพาะการถูกขายบริการทางเพศ ในเด็กนักเรียนวัยรุ่น อย่างผู้ป่วยรายนี้ ทำให้จิตแพทย์มีบทบาทในการประเมินปัญหาทางจิตใจ การวินิจฉัย ตลอดจนการรักษา ไม่ว่าจะเป็นโรคทางจิตเวช หรือปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้น^(7,8) การดำเนินโรคที่เสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็ว ย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะแม่ซึ่งรู้สึกผิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยของลูกจากการพาออกไปขายบริการทางเพศ ดังนั้นการให้การดูแลระดับประคับประคองทางด้านจิตใจของแม่ ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน

ในกรณีที่มีการวินิจฉัยโรคไม่ชัดเจน ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเด็กวัยรุ่น การขอความเห็นเพิ่มเติมจากกุมารแพทย์ หรือ second neurological opinion⁽⁹⁾ น่าจะเป็นทางออกที่ดี โดยเฉพาะโรคที่พบน้อย และการพยากรณ์โรคไม่ดี เช่น subacute sclerosing panencephalitis

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบพระคุณพลโทนายแพทย์ อรุณ เชาวนาคัย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นายแพทย์มังกร วิจิตรฉายกุล โรงพยาบาลราชวิถี แพทย์หญิงกัลยา อีระวิบูลย์ และแพทย์หญิงสุรางค์ เลิศชาธาร สถาบันประสาทวิทยา ที่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Eugene B. Chronic and persistent viral CNS disease. Harisons Principles of Internal Medicine. 15th ed. 2001 : 2480.
2. WG. Bradley, Subacute sclerosing panencephalitis. Neurology in clinical practice. 2nd ed. 1996 : 1303.
3. Bonthius DJ, Stanek N, Grose C. Subacute sclerosing panencephalitis, a measles complication, in an internationally adopted child. Emerg Infect Dis 2000; 6 : 377-81.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorder. 4th ed. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
5. MI. Weintraub, Hysterical conversion reactions a clinical guide to diagnosis and treatment, 1983: 115-21.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 361
7. Judd FK, Burrow GD, Lipsitt DR. Handbook of study on general hospital psychiatry. 1991: 256-9
8. Kendell RE, Zealley AK. Companion to psychiatric studies 1988: 648-57.
9. นงพาลิมสุวรรณ, สเปญ อุ๋นออนงค์. Progressive dementia: second opinion in consultation. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531; 33 : 221-6



Subacute sclerosing panencephalitis : A case report

*Somluck Karnjanapongkul, M.D.**

*Anont Borenayaganont, M.D.**

Abstract

This paper is a report on a case study conducted with a 14-year-old Thai girl who suffered from seizure. There were no specific abnormal findings except for abnormal EEG and history of sexual abuse. The patient had developed progressive personality change and intellectual deterioration, myoclonic jerk, muscle spasticity, and seizure. She died after suffering with her sickness for 22 months. The diagnosis was subacute sclerosing panencephalitis. **J Psychiatr Assoc Thailand 2002; 47(3):209-215.**

Key words: seizure, subacute sclerosing panencephalitis

*Department of Psychiatry, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand 10400.