

7-1-1980

พิษในสมองที่เกิดจากเชื้อไทฟอยด์ (รายงานผู้ป่วยรายหนึ่ง)

จตุรพร หงสประภาส

จเร พลประเสริฐ

ช่อเพียว เตโชฆาร

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

หงสประภาส, จตุรพร; พลประเสริฐ, จเร; and เตโชฆาร, ช่อเพียว (1980) "พิษในสมองที่เกิดจากเชื้อไทฟอยด์ (รายงานผู้ป่วยรายหนึ่ง)," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 24: Iss. 4, Article 7.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.24.4.7

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol24/iss4/7>

This Case Report is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ฝีในสมองที่เกิดจากเชื้อไทฟอยด์

(รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย)

จตุรพร หงสประภาส*

จเร ผลประเสริฐ*

ช่อเพ็ญ เตโชพาร*

Brain abscess is one of the commonest infections of the nervous system. It has been reported in the literatures from time to time. This is probably the first report of salmonella typhosa brain abscess in the adults following typhoid fever, which was proved by Widal's agglutination test. The diagnosis was confirmed by operative findings and culturing of salmonella typhosa organisms. The treatments were by both total removal of the abscess and anti-typhoid drugs depending on agglutination and sensitivity test.

เชื้อโรคที่ทำให้เกิดฝีในสมอง ส่วนใหญ่ เป็นพวก pyogenic organism อาจจะเป็น gram-negative bacilli, gram positive cocci^(4,5,6,7,8,9,10) และอาจจะพบ fungi และเชื้อโรคหลายชนิดปนกัน ได้ถึง 18% บางครั้งอาจพบ anaerobic streptococci ด้วย

หรือพบร่วมกัน นานๆ ครั้งสาเหตุจากตัวพยาธิ สำหรับ non-pyogenic organism ซึ่งให้ inflammatory response ด้วย monocyte ปกติ มักจะทำให้เกิด granuloma มากกว่าที่จะทำให้เกิดก้อนฝี เช่น Salmonella typhosa ซึ่งทำให้เกิดไข้ไทฟอยด์ในคนนั้น เคยมีผู้รายงาน

*หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รพ. จุฬาลงกรณ์

ไว้บ้างเหมือนกันว่าทำให้เกิดฝีในสมองได้⁽²⁾ เมื่อเดือนมิถุนายน 2518 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รักษาคณ ไข้ที่มีฝีในสมองจำนวนหนึ่งราย ซึ่งเพาะเชื้อแล้วพบว่าเป็น *Salmonella typhosa* หลังจากคนไข้ได้หายจากไข้ไทฟอยด์ ซึ่งได้พิสูจน์โดย *Widal's agglutination test* วัตถุประสงค์ของรายงานนี้เพื่อเตือนอายุรแพทย์เขตอื่นที่ต้องรักษาผู้ป่วยโรคไข้ไทฟอยด์อยู่บ่อยๆ อย่าลืมนึกถึงโรคแทรกซ้อนของไข้ไทฟอยด์ที่พบน้อยแต่ก็สำคัญมากนี้เสีย

รายงานผู้ป่วย

คนไข้เป็นหญิงไทย อายุ 21 ปี นักเรียน คัดผม บ้านอยู่กรุงเทพฯ สมายดีเรื่อยมา จนกระทั่งปลายเดือนพฤษภาคม 2519 เป็นไข้หนาวสั่น เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ระหว่างนั้นมีอาการเบื่ออาหาร ครั่นเนื้อครั่นตัว ซึม บางครั้งเพ้อ ตั้วร้อนจัดนอนรักษาตัวอยู่ 5 วัน อาการดีขึ้นมาก ได้รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนั้นรวม 20 วัน ระหว่างนั้นผล *Widal agglutination test* สำหรับ *salmonella group D* ได้ O-titer 1:160, H-titer 1:160 ได้รับการรักษาสำหรับไข้ไทฟอยด์จนสมายดีแล้วจึงกลับบ้าน หลังจากกลับบ้านได้ 5 วัน ผู้ป่วยเริ่มปวดศีรษะอีก ลักษณะปวดตื้อๆ ที่ขมับทั้ง

2 ข้าง อาเจียนวันละ 3-4 ครั้ง เบื่ออาหาร ยังนอนรักษาตัวอยู่ที่บ้าน จนกระทั่งคืนวันที่ 26 มิถุนายน 2519 จับไข้หนาวอีก กินยาลดไข้พอทุเลาลงได้ รุ่งเช้าจึงมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตรวจร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยดูป่วยเรื้อรัง ชีต ซึม และสับสน อุณหภูมิ 36.8° ซ. ชีพจร 73 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มม.ปรอท อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติมีกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั่วไป ราว grade 4/5, มี bilateral papilledema, มี rt. facial weakness แบบ upper motor neurone lesion, แต่ไม่มีอาการแสดงแบบ meningeal irritation, และไม่มีอาการที่แสดงว่ามี active infection ณ อวัยวะใด, ส่วนการตรวจ หู คอ จมูก หัวใจ ปอด และท้อง อยู่ในเกณฑ์ปกติ, ตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะต่อมา ปรากฏผลดังนี้

CBC Hb 11gm%, Hct 33%, Wbc 8,000, N 77%, E 1%, L 22%

BUN 10 mg%, Cr 0.8 mg%, FBS 100 mg%

Na 130 mEq/L, K 4.0 mEq/L, HCO₃-22.5 mEq%, Cl-137 mEq/L

ตรวจปัสสาวะไม่พบโปรตีน น้ำตาล และ เซล

สำหรับ Widal agglutination test ครั้งที่สองนี้ให้ผลลบ (ทำหลังจากครั้งแรกราว 4 สัปดาห์) Skull X-ray : พบว่า posterior clinoid processs บางลง ไม่พบการเปลี่ยนแปลงเฉพาะอื่นใด Radionuclide Brain scan : focal area of increase uptake at the left frontotemporal region ดังรูป 1 และ 2

Lt. Carotid Angiogram : พบ left frontal mass ซึ่งมี ring form vascular staining (รูปที่ 3 และ 4)

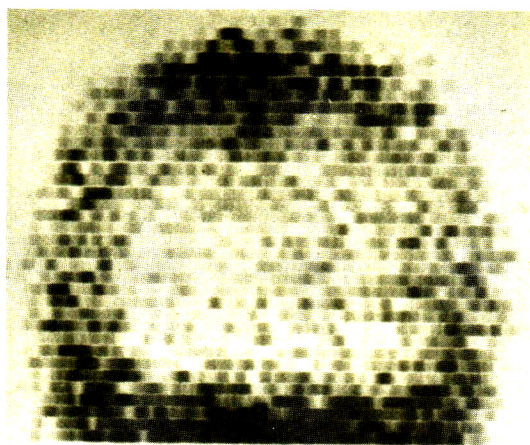
จากประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และตรวจพิเศษทางรังสี จึงให้การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดว่าเป็นฝีในสมอง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเมื่อ 6 กรกฎาคม 2519 พบฝีในสมองผนังหนาขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 ซม. ลึกจากผิวสมองบริเวณ Lt. frontal ราว 2 ซม. จึงผ่าตัดและออกทั้งก้อนโดยไม่แตกผ่าดูภายในพบหนองสีเหลืองอ่อนปนกับ necrotic brain ผลการเพาะเชื้อจากหนอง ขึ้น Salmonella typhosa ซึ่งไวต่อยา Bactrim, Chloramphenicol, Tetracycline, Kanamycin และ Ampicillin

หลังผ่าตัดได้ให้การรักษาคด้วย Penicillin G sodium 6 ล้านหน่วยต่อวัน Chloramphenicol 2 กรัมต่อวัน หลังผ่าตัด 7 วันให้กลับบ้าน ผู้ป่วยหายเป็นปกติ

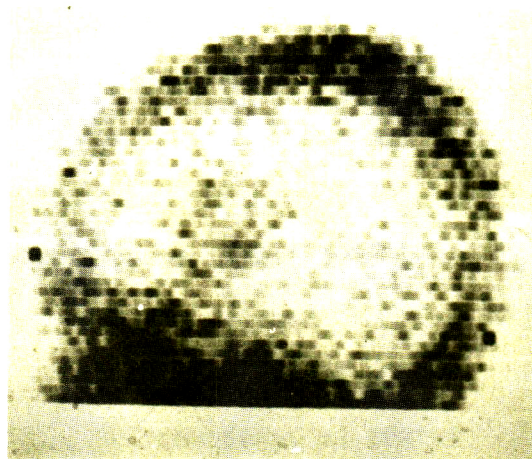
วิจารณ์

แม้จะยังไม่สามารถอธิบายกลไกการเกิดฝีในสมองจากเชื้อไทฟอยด์ได้เนื่องจากลักษณะ inflammatory response ต่อไทฟอยด์มักเป็นแบบ mononuclear cell ไม่มี polymorph⁽¹⁰⁾ ซึ่งคล้าย response ของ cell-mediated immune response แต่ในทางปฏิบัติก็พบว่าไทฟอยด์ทำให้เกิดฝีในที่ต่าง ๆ ได้ เช่น ฝีในกระดูก (chronic osteomyelitis) ของกระดูกขา^(8,9) หรือของกะโหลกดังรายงานของ Suzuki และคณะ⁽¹¹⁾ สำหรับเชื้อ Salmonella อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดฝีในสมองก็มีรายงานอยู่เช่นกัน เช่น Salmonella gr G, Salmonella typhimurium ที่ลามมาจากหู เป็นต้น

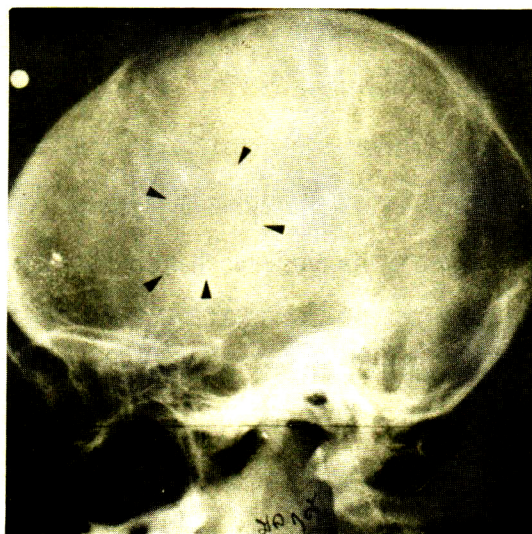
และยังพบด้วยว่ามี humoral immune response เกิดขึ้นด้วย จากการที่มี antibody เกิดขึ้นในไขไทฟอยด์^(1,7,10) ทำให้น่าคิดว่าอาจมี response ทั้ง 2 แบบร่วมกัน ในผู้ป่วยที่เกิดก้อนฝีจากเชื้อ Salmonella typhosa ไขไทฟอยด์อาจมี immune mechanism บางอย่างเด่น หรือดีกว่าปกติ หรือก้อนฝีอาจจะต้องอธิบายโดยกลไกที่เรายังไม่อาจเข้าใจได้ด้วยความรู้ปัจจุบันก็เป็นได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไขไทฟอยด์ได้รับการรักษาจนดีขึ้นแล้วกลับปวดศีรษะมากขึ้น, อาเจียน, ชีพจร มีอาการของความดันในโพรงกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น



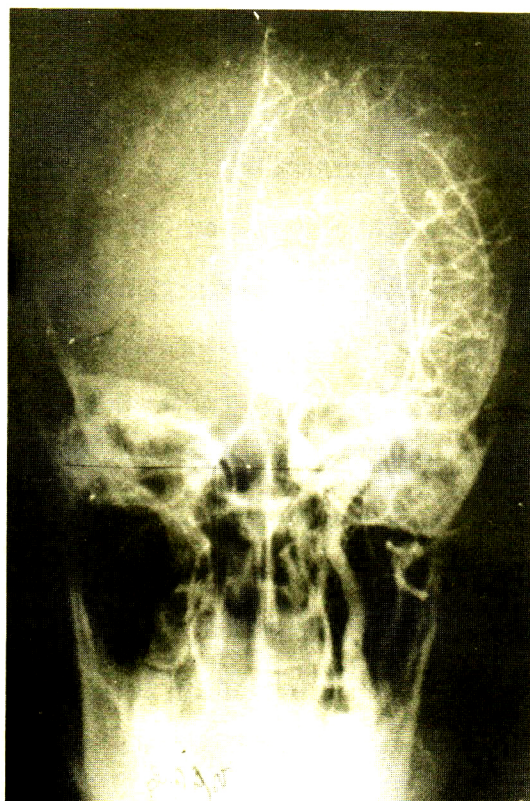
รูปที่ 1



รูปที่ 2



รูปที่ 3



รูปที่ 4

รวมทั้งมี papilledma หรือมี neurological deficit อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นควรระวังถึงโรคฝีจากเชื้อไทฟอยด์ในสมองไว้ด้วย และไม่ควรมองข้ามที่จะทำการตรวจสอบละเอียดทาง

ระบบประสาท หรือปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ หรือประสาทแพทย์ เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาด้วยเพื่อว่าอาจจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยเหล่านั้นได้ทันที

อ้างอิง

1. พงษ์ศักดิ์ วิสุทธิพันธ์ : โรคทางระบบประสาทในเด็ก, พิมพ์ครั้งที่ 1 หน้า 214-216, 2520.
2. Burrows W. : Textbook of Microbiology, 17th Edition Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1969, p. 484.
3. Gates, E.M., Kernohan, J.W., Craig, W. Mc. K. : Metastatic brain abscess Medicine 29 : 71, 1950.
4. Kiser J.L., Kendig, J.H. : Intracranial suppuration : a review of 139 consecutive cases with electron microscopic observations on three J. Neurosurg 20 : 494, 1963.
5. Krakenbuhl : Abscess of the brain. Clin Neurosurg 14 : 25-44, 1967.
6. McFarlan : The bacteriology of brain abscess. Br. Med J. 2 : 643-644, 1943.
7. Paniker, C.K.J., George, K. : Otogenic brain abscess caused by Salmonella Typhimurium. J. Indian Med. Assoc. 45 : 451, 1965.
8. Resch, J.A., Joo Ho Sung : "Brain Abscess and Diffuse Suppurative Encephalitis," Chap. 16. 3-4. Clinical Neurology. Edited by Baker, A.B. New York : Harper & Row, Publishers, 1976.
9. Brain abscess, A review of ninety-nine cases. Neurology 7 : 601-609, 1957.
10. Watter J.B., Israel M.S. : General Pathology. 4th Edition Edinburgh and London : Churchill Livingstone, 1974 : pp 93-94, 96.
11. Suztki Y, Sugiyama Y, Ishii R, et al : Brain abscess caused by salmonella typhi, case report, J Neurosurg 45 : 701-711, 1976.