



รายงานผู้ป่วย : โรคจิตเฉียบพลันจากโรคลมชัก

อรรรรณ ศิลปกิจ, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อรายงานผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากโรคลมชัก

วัสดุและวิธีการ เป็นการทบทวนกรณีตัวอย่างผู้ป่วยในที่จิตแพทย์ส่งปรึกษาปี พ.ศ. ๒๕๕๓

ผล มีผู้ป่วยหญิงจำนวน 3 ราย ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลัน และส่งต่อจากโรงพยาบาลฝ่ายกาย เมื่อติดตามประเมินอาการโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยทั้งสามราย มีอาการชักชนิด complex partial seizures เมื่อได้รับการรักษาด้วยยาด้านอาการชัก สองรายอาการหายปกติ อีกหนึ่งรายอาการแย่ลง ต้องส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกายและเสียชีวิตหลังรับไว้ 1 สัปดาห์

สรุป ผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการแสดงทางจิตอาจจะได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลัน ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมรวดเร็ว

คำสำคัญ : โรคจิตเฉียบพลัน ลมชัก



Cases report : Epilepsy presenting with psychosis

Orawan Silpakit, M.D.

Abstract

Objective To report epileptic cases presenting with psychosis.

Materials and methods To review cases consultation from psychiatrists by the year 2010.

Results There were 3 female cases having diagnosed of acute psychosis and had been referred from general hospitals. During admission, they were closely monitored by multidisciplinary team. All had complex partial seizures. After antiepileptic drugs were prescribed, 2 were recovered but the other was deteriorated and dead after 7 days of admission to the general hospital.

Conclusion Epileptic patients presenting with psychosis should be closely monitored in order to promptly management.

Key words : acute psychosis, epilepsy

บทนำ

โรคจิตเฉียบพลันและเป็นชั่วคราว (Acute and transient psychotic disorder) จัดอยู่ในกลุ่ม F23 ซึ่งมีจำแนกย่อยตั้งแต่ F23.0–F23.9 ตามระบบการวินิจฉัยโรคของ ICD-10¹ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการหลงผิดได้หลายรูปแบบ อาจมีอาการเด่นคล้ายผู้ป่วยจิตเภท มีอาการประสาทหลอน การรับรู้ผิดปกติดได้ แต่ไม่มีการสูญเสียด้านการรับรู้เวลา บุคคล และสถานที่ หลักการวินิจฉัยในกลุ่มนี้ คือมีอาการดังกล่าว แต่ไม่ปรากฏสาเหตุชัดเจน มักจะหายเป็นปกติภายใน 2–3 สัปดาห์ ถ้ามีอาการนานกว่านี้ต้องวินิจฉัยแยกโรคอื่น ถ้าสงสัยเหตุจากโรคทางกายหรือทางสมองจะจัดอยู่ในกลุ่มการวินิจฉัยอาการทางจิตเนื่องจากสมองถูกทำลายหรือทำงานผิดปกติเนื่องจากโรคทางกาย (Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease หรือเป็นที่รู้จักกันในคำว่า Organic brain syndrome: OBS) ในรหัส F00-09 การวินิจฉัยโดยทั่วไปขึ้นกับประวัติและการประเมินอาการทางจิตขณะแรกพบ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งที่จิตแพทย์ส่งปรึกษาประสาทอายุรแพทย์ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จำนวน 3 ราย เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ทั้ง 3 รายป่วยเป็นครั้งแรก และได้รับการวินิจฉัยขณะแรกพบ คือโรคจิตเฉียบพลัน (F23) ได้รับการรักษาตามการวินิจฉัยแล้วอาการไม่ดีขึ้น ต่อมาได้รับการวินิจฉัยโรคลมชักชนิด complex partial seizure (รหัส ICD-10 คือ G402) ทั้งสามราย รายงานผู้ป่วยครั้งนี้เป็นการรายงานครั้งแรกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อสร้างความตระหนักถึงภาวะอาการทางจิตจากโรคลมชัก

ผู้ป่วยรายที่ 1

หญิงไทยโสดอายุ 26 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิเสธโรคประจำตัวและยาเสพติด ทำงานบริษัทส่งออก 2 ปี เพิ่งลาออกเพื่อจะไปสอบบรรจุเข้ารับราชการครูที่สำนักปฐมนิศึกษาในภูมิภาค

อาการสำคัญ มีอาการหลงผิดคิดว่าตนบรรลอรหัตต์ ไม่นอน ระวังคนใส่ยาพิษในอาหาร ไม่กินอาหาร 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยชวนเพื่อนไปอยู่ปฏิบัติธรรมที่วัดแห่งหนึ่ง ซึ่งมีการปฏิบัติอย่างเข้มข้น ห้ามพูดคุยกัน หลังวันที่ 5 ของการปฏิบัติ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองบรรลอรหัตต์ มีเนื้อคู่เป็นพระอานนท์ หงุดหงิด ไม่ยอมกินข้าว ระวังว่ามีคนใส่ยาพิษ แม่จึงให้เพื่อนพาออกจากวัดเพื่อไปตรวจรักษา เพื่อนพาไปหาญาติและนำส่งโรงพยาบาลในจังหวัด แพทย์ตรวจไม่พบความผิดปกติทางร่างกาย ส่งตรวจภาพคอมพิวเตอร์สมอง (CT scan) ไม่พบความผิดปกติ ผลทางห้องปฏิบัติการไม่พบความผิดปกติใดๆ และผลปัสสาวะไม่พบ amphetamine ของส่งปรึกษาจิตเวช แต่ญาติต้องการให้มารักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช

ขณะประเมินแรกพบ แพทย์ตรวจพบมีอาการหลงผิดระวัง รู้วันเวลาสถานที่ ทำทางไม่เป็นมิตร ให้การวินิจฉัย F23 ให้การรักษาด้วย perphenazine 24 mg และ trihexyphenidyl 6 mg แบ่งให้สามเวลาต่อวัน ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยไม่ยอมให้ใครเข้าใกล้ ระวังอาหารใส่ยาพิษ ดื้อไม่เชื่อฟังพยายามออกนอกหอผู้ป่วย ต้องฉีดยา haloperidol 5 mg เพื่อให้สงบ

วันที่สอง ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวจะทำร้ายผู้อื่นและจะหลบหนี ส่งเสียงดังพูดหยาบคาย เดิน

ไปเดินมา แพทย์เวรจึงให้ Zuclopenthixol acuphase 50 mg หลังฉีดยาผู้ป่วยอาการไม่สงบ ต้องจำกัดพฤติกรรม ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ต้องช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ

วันที่สาม ผู้ป่วยมีอาการสับสน หงุดหงิด ไม่ยอมกิน ต้องให้สารน้ำทดแทน เริ่มมีไข้ 38 องศาเซลเซียส 1 ครั้ง แพทย์ส่งตรวจนับเม็ดเลือดและปัสสาวะ ผลปกติ จึงได้เปลี่ยนยาทางจิตเวชเป็น haloperidol 0.5 mg สี่เวลา ไข้ลดลงเหลือประมาณ 37.5 องศา

วันที่ห้า ได้ปรึกษาประสาทอายุรแพทย์ ผลการประเมินระบบประสาทพบวาระดับการรู้สึกตัวปกติ รู้สถานที่ แต่ไม่รู้เวลา ไม่พบ localizing sign ไม่พบอาการคอแข็ง ไม่มีบาดแผล หรือรอยโรคที่ผิวหนัง ให้การวินิจฉัย acute delirium สงสัยโรคลมชัก ให้ตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองพบ spike and wave over the right hemisphere และ Widal test (ผล O=80, H>320) และให้ยาลดไข้ผู้ป่วยเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา หยุดยาจิตเวช และเริ่มการรักษาด้วย carbamazepine 100 mg ต่อวัน ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยประสาทวิทยา ผู้ป่วยมีอาการสับสนเป็นพักๆ แต่อาการก้าวร้าวลดลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

วันที่เจ็ดหลังรับไว้ ผู้ป่วยอาการปกติ ไม่มีอาการระแวง พฤติกรรมยังไม่เหมาะสมกับวัย เมื่อถามเกี่ยวกับอาการหลงผิดว่าพระอานนท์เป็นเนื้อคู่ ผู้ป่วยจะหัวเราะบอกว่าจำเรื่องราวไม่ได้ จำนายผู้ป่วยนัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ 1 เดือน 2 เดือน 3 เดือน และทุก 6 เดือนครบ 2 ปี รับประทานยา carbamazepine ขนาด 600 mg ต่อวัน ไม่มีอาการทางจิต หรืออาการชักอีก สามารถกลับไปทำงานเป็นครู

ผู้ป่วยรายที่ 2

หญิงไทยโสดอายุ 33 ปี การศึกษาปริญญาตรี อาชีพครูสอนวิชาคอมพิวเตอร์ของเอกชน

อาการสำคัญ หูแว่ว ภาพหลอน ตัวแข็งเกร็ง ส่งต่อจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดและให้การวินิจฉัย non organic psychosis F23

ประวัติปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมา ผู้ป่วยกินยาพาราเซตามอลเกินขนาด มีอาการปัสสาวะไม่ออก ไตวาย ดับอึกเสบ หัวใจวาย ต้องล้างไต ใส่เครื่องช่วยหายใจ รักษาอยู่ในห้องผู้ป่วยวิกฤต เมื่อย้ายออกจากห้องผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติ แก้วผ้า พยายามลุกจากเตียงขึ้นมาเดิน แพทย์ได้ส่งตรวจ CT scan และเจาะตรวจน้ำไขสันหลัง ซึ่งไม่พบความผิดปกติ ผลทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น หน้าที่ตับไต กลืนแร่ปกติ สั่งจ่ายยา haloperidol 4 mg ต่อวัน นาน 10 วัน ญาติเล่าว่าระหว่างนี้ ผู้ป่วยทำอะไรไม่ได้ ตัวแข็ง เดินไม่ได้ กินข้าวไม่ได้ด้วยตนเอง พูดคนเดียว แพทย์จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลจิตเวช

ขณะประเมินที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยระดับการรู้สึกตัวปกติ ไม่รู้เวลาสถานที่บุคคล มีอาการพูดตาม ตัวเกร็งปลายเท้าเหยียดเกร็ง จิตแพทย์วินิจฉัยโรคจิตจากสมอง รหัส F06.2 ส่งปรึกษาประสาทอายุรแพทย์ทันที การประเมินแรกพบผู้ป่วยมีอาการขีดเล็กน้อย หน้าตาเฉยเมย พูดตะกุกตะกัก (dysarthria) พูดตาม (echolalia) ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไม่พบ localizing sign แต่มี paratonia วินิจฉัยเบื้องต้น delirium (F05) สงสัยจากอาการชักในกลุ่มชักเฉพาะที่ complex partial seizure

สามชั่วโมงหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย พยาบาลสังเกตพบอาการงอ สับสน พูดตาม ม่านตาขยาย รายงานแพทย์ได้ให้ยา phenytoin loading ด้วยการ

กิน ขนาด 1,000 mg แบ่งให้ภายใน 3 ชั่วโมง และให้กิน 1 แคปซูล 3 เวลา ให้ยาฉีด diazepam 10 mg iv ถ้ามีอาการสับสนหลังชัก

วันที่สอง พบอาการชัก 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งนานประมาณ 30 วินาทีถึง 1 นาที ขณะชัก ผู้ป่วยมีอาการเหม่อหนึ่ง เหงื่อออก หายใจหอบ ถามไม่ตอบ อาการเป็นอยู่นานประมาณ 10 วินาที ต่อจากนั้นจะมีอาการงอแงสับสน ตอบคำถามด้วยการพูดตามพยายามลุกจากเตียง ผลการบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมองพบ spike and wave over bilateral hemispheres วินิจฉัย G402 ไม่ทราบสาเหตุของการชัก

วันที่สาม อาการรับรู้ดีขึ้น ตอบคำถามที่ถามมาได้ แต่คำถามปลายเปิดยังตอบไม่ได้ มีชัก 1 ครั้ง ลักษณะชักเหมือนเดิม ได้ปรับยากันชักเพิ่มเป็น 4 เวลา สมายังไม่ดี ผุดลุกผุดนั่ง เดินเกร็งเขย่งเท้าพูดซ้ำๆ พฤติกรรมถดถอยไม่สมอายุ มีอาการเศร้าได้ให้ยาด้านเศร้าขนาดต่ำ nortriptyline 10 mg วันละ 1 ครั้ง

วันที่สี่ ไม่มีอาการชัก เดินเขย่งเท้า มีอาการมือสั่น จึงวางแผนให้เข้ากิจกรรมของหน่วยอาชีวบำบัดเพื่อกระตุ้นเรื่องสมาธิ และการเคลื่อนไหวของมือ และวางแผนการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจปัญหา กินยาเกินขนาดเมื่อการรับรู้ดีขึ้นปกติแล้ว

วันที่ 10 ผู้ป่วยแพ้ยามีไข้สูงผื่นแพ้ยาชนิด maculopapular rash จึงเปลี่ยนยาต้านอาการชักเป็น valproate วางแผนจำหน่าย

วันที่ 18 หลังจากได้รับการรักษาเยียวยา ด้านจิตใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ผู้ป่วยเดินได้ปกติ จำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ติดตามการรักษา 1 เดือน 6 สัปดาห์ที่ 3 เดือน ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานเป็นครู รับประทานยา valproate ใน

ขนาด 1,000 mg ต่อวัน และส่งต่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัดตามความต้องการของผู้ป่วย หลังจากติดตามการรักษาต่อเนื่องรวมเวลา 8 เดือน

ผู้ป่วยรายที่ 3

หญิงไทยอายุ 21 ปี อาชีพนักศึกษา

อาการสำคัญ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง แก้วผ้า กัดทำร้ายคน

ประวัติปัจจุบัน 6 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะ กินยาแก้ปวดอาการไม่ดีขึ้น มีอาการหูแว่วเป็นเพลงเกาหลี คิดว่าตนเองเป็นดารานักร้อง บังคับให้คนอื่นเป็นตัวละครที่ตนคิด 2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการมากขึ้น ไม่นอน สับสนพูดคนเดียว ถอดเสื้อผ้า ทำร้ายคนอื่นด้วยการกัด ถ่ายเรียวราด ญาติพาไปโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ให้พบจิตแพทย์ ได้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช

ประวัติยา กินยาลดความอ้วนไม่ต่อเนื่อง ตั้งแต่อายุ 17 ปี กินยาและฉีดยาทำให้ผิวขาว

ประเมินแรกพบ ผู้ป่วยมีที่ทำกระวนกระวาย ไม่เป็นมิตร ไม่พูด ไม่ตอบคำถาม จิตแพทย์ให้การวินิจฉัย F23 ให้ยา haloperidol 4 mg ต่อวัน ผู้ป่วยสามารถเดินเข้าหาผู้ป่วยได้เอง ขณะอยู่ที่หอผู้ป่วยมีอาการเหม่อลอย พูดไม่เป็นภาษาไทย ทำทางแปลกๆ หน้าเอียงไปทางซ้าย ตามองซ้าย ประมาณ 10 นาที อีก 4 ชั่วโมงหลังรับไว้ ร้องเพลงเสียงดัง พยาบาลให้คำแนะนำไม่รับฟัง ประเมินคะแนนพฤติกรรมรุนแรงได้มากกว่า 20 คะแนน จึงได้ยา haloperidol 5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ส่วนผลทางห้องปฏิบัติการ CBC ปกติ ยกเว้นมี Hemoglobin 9.1 mg/dl

วันที่สอง มีอาการแสดงแปลกๆ คือหลับตายกมุมปากขึ้นสูงเหมือนยิ้ม แต่ไม่กระตุก ทำหน้า

เกร็งๆ มีอาการตัวแข็งเอียงตัวไปด้านซ้าย ยึดหัวเราะคนเดียว ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ไม่กินข้าว ไม่พูดไม่โต้ตอบ ต้องให้สารน้ำทดแทนจิตแพทย์ส่งตรวจ CT scan ผลปกติและให้การรักษาต่อเนื่อง

วันที่สี่ ตอนบ่ายพบผู้ป่วยมีอาการหัวเราะคนเดียวเสียงดัง คอเกร็งบิดไปด้านซ้าย ปลายนิ้วทำลั่นนาน 10 วินาที ม่านตาขยาย ตอบสนองต่อแสงช้าๆ มีอาการเหม่อลอย เรียกไม่ลืมตา มีน้ำลายไหลได้ยาด้านอาการ extrapyramidal symptoms (EPS) กินลิซิวม์ต่อมาแพทย์ตรวจพบผู้ป่วยมีอาการชักคอบิดเอียงซ้าย ตาเหลือกไปด้านซ้ายเหมือน occulogyric crisis ม่านตาขยายเต็มที่ ไม่ตอบสนองต่อแสงนานประมาณ 20 วินาที ผู้ป่วยมีอาการชักแบบเดิมอีกสองครั้ง ก่อนชักมีอาการหายใจหอบเร็ว หลังชักซึมเหม่อลอย หน้าเหมือนยิ้ม ได้ยา diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และส่งต่อโรงพยาบาลเดิมที่ผู้ป่วยไปตรวจครั้งแรก การติดตามทางโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในห้องวิกฤต และต่อมาต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ วินิจฉัย Japanese encephalitis (JE) เสียชีวิตหลังเข้ารับการรักษา 7 วัน

วิจารณ์

การวินิจฉัยโรคจิตเฉียบพลันและเป็นชั่วคราวนั้น ขึ้นกับการชักประวัติและการประเมินอาการทางจิตของจิตแพทย์เป็นสำคัญ ระยะเวลาที่จิตแพทย์ตรวจผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 7 นาทีต่อราย² ย่อมมีผลกระทบทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ขณะตรวจผู้ป่วยจะไม่มีอาการชัก แต่ปรากฏเฉพาะพฤติกรรม หรือความโล่งใจที่ผิดปกติ หรือมีอาการชักแบบ complex partial seizure ซึ่งถ้าไม่สังเกตและ

ตระหนัก จะวินิจฉัยพลาด ดังนั้นการติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ หรือติดตามประเมินโดยแพทย์ส่งมาเสมอจะทำให้สังเกตอาการชักในกลุ่ม complex partial seizure ผู้ป่วยสองรายแรกมีระดับการรู้สึกตัวดี แต่ระดับการใส่ใจผิดปกติ และไม่มีอาการแสดงเฉพาะที่ของสมอง จากการประเมินสภาพจิต ผู้ป่วยไม่สามารถบอกวันเวลาได้ถูกต้อง ซึ่งทำให้แพทย์สงสัยว่าอาการทางจิตเฉียบพลันน่าจะเป็นกลุ่ม F06 มากกว่า F23 ต้องมีการสืบค้นหาสาเหตุทางกายโดยเฉพาะเหตุทางสมองต่อไป

การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เนื่องจากมีความไวค่อนข้างต่ำในการวินิจฉัยโรคลมชัก³ ดังนั้นประจักษ์พยานคือผู้ที่สังเกตอาการจึงมีความสำคัญกว่าการตรวจคลื่นสมอง การถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ทีมสหวิชาชีพตระหนักถึงอาการชัก และสามารถประเมินสังเกตอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมซ้ำๆ เช่น ยืนหมุนๆ ไปมา ทำมือเหมือนแกะกระดุม ทำท่าเหมือนสาวเชือก หรือเย็บผ้าด้วยมือ หรือพูดซ้ำๆ คำเดิม บันทึกอาการเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการชักครบถ้วนจะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย

สำหรับการตรวจ Widal test มักจะมีข้อบ่งชี้ในการตรวจผู้ป่วยที่มีไข้ไม่ทราบสาเหตุ เป็นการส่งตรวจที่สามารถทำได้ง่ายและเร็วแม้ว่าความไวจะไม่สูงเนื่องจากไทฟอยด์เป็นเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติด้านพฤติกรรมและระบบประสาท ซึ่งรายงานในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศเขตร้อน^{4,5}

ผู้ป่วยสองรายนี้มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีแม้ว่าในรายที่สองที่มีอาการที่ไม่สามารถคาดเดาได้คือการแพ้ยากันชัก

ส่วนผู้ป่วยรายที่สาม มีความผิดปกติระดับการรู้สึกตัวและระดับความใส่ใจ ซึ่งเป็นอาการที่พบ

ในภาวะลึบสนเฉียบพลัน⁶ ซึ่งอาจจะเป็นการติดเชื้อไวรัส เช่น Herpes Simplex (HSV) โดยที่มีอาการนำด้วยพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีไข้ได้⁷ โรงพยาบาลจิตเวชเกือบทุกแห่งจะมีเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าสมอง ควรส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง และตรวจเจาะน้ำไขสันหลังถ้าไม่มีข้อห้าม และเริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเมื่อสงสัย HSV ทันทที หรือส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกาย สำหรับอาการแสดงของผู้ป่วยรายนี้เป็นอาการพบบ่อยใน JE คือมีอาการเกร็งครึ่งซีก และลักษณะเหมือนยัม⁸ ผู้ไม่มีประสบการณ์อาจจะวินิจฉัยแยกจากอาการไม่พึงประสงค์จากรักษาโรคจิตคือ EPS ไม่ได้ อาการ EPS ในระดับไม่รุนแรงจะไม่มีผลต่อระดับการรู้สึกตัว ความโล่งใจ (ยกเว้นกรณีภาวะ Neuroleptic malignant syndrome)

สำหรับการตรวจพิเศษ ผู้ป่วยทั้งสามรายได้รับการตรวจ CT scan มีประโยชน์บ้างในกรณีที่สงสัยเหตุทางสมองที่เกิดจากฝีในสมองหรือเนื้องอก แต่ถ้าสงสัยการติดเชื้อไวรัส การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมองในระยะ 2 วันแรกโดยเฉพาะ HSV จะมีความไวสูงกว่าการตรวจภาพเอ็มอาร์ไอ (MRI) หรือ CT แต่หลังจากนั้น MRI มีความไวสูงกว่า ส่วนการวินิจฉัยการติดเชื้อไวรัส JE ควรส่งน้ำไขสันหลังเพื่อหาระดับ IgM ต่อ JE ส่วน HSV ต้องส่งปริมาณน้ำไขสันหลังไม่น้อยกว่า 10 ลูกบาศก์เซนติเมตร เพื่อส่งตรวจหาเชื้อ ส่วนความไวและความจำเพาะขึ้นกับระยะเวลา และเทคนิคของแต่ละห้องปฏิบัติการ⁹

สำหรับการรักษาหลักคือ การให้ยากันชัก ควรให้เหมาะสมกับชนิดของการชัก เลือกให้ loading dose เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ชักต่อเนื่อง หรือระหว่างชักไม่รู้สีกตัว ส่วนอาการทางจิตควรแยกให้ได้ว่าป็น interictal psychosis หรือ post ictal psychosis หรือ post ictal confusion^{10,11} ในกรณี interictal psychosis

โดยมากจะเป็นอาการซึมเศร้า หรือคล้ายจิตเภท มีอาการเรื้อรัง มักไม่เกี่ยวกับการชัก การรักษาจะซับซ้อน ควรให้ยารักษาโรคจิตร่วมกับการประเมนเพื่อรักษาด้านอื่นเช่นเดียวกับ functional psychosis และร่วมกับยากันชัก¹² ส่วน post ictal psychosis หรืออาการทางจิตหลังชัก อาจจะคล้ายโรคจิตเภท คือมีระแวง ก้าวร้าว อาการทางจิตหลังชักอาจจะอยู่นานได้ แต่มักไม่เกิน 3 เดือน ควรเริ่มต้นยาในขนาดต่ำ หลีกเลียงยาที่ลดระดับชัก (seizure threshold) เช่น haloperidol ขนาด 0.5 mg ต่อวัน เนื่องจากอาจจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่พึงประสงค์คือ EPS ได้ง่าย ส่วน post ictal confusion เป็นอาการลึบสนหลังชักทันที อาจจะมีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ระแวง ลึบสน เป็นอันตรายต่อตนเองหรือคนใกล้ชิดได้ ให้ยารักษาโรคจิตขนาดต่ำ สามารถลดยาหรือหยุดยาได้ภายใน 1 หรือสองสัปดาห์เมื่อควบคุมอาการชักได้ ผู้ป่วยสองรายแรกเป็น post ictal confusion เมื่อควบคุมอาการชักได้จึงไม่ได้ให้ยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F23 ครั้งแรก ควรตระหนักถึงผู้ป่วยโรคลมชักที่มีอาการทางจิตเฉียบพลัน โดยมีอาการแสดงสำคัญคือ ความโล่งใจ ผิดปกติ ลึบสน การประเมนอาการซ้ำโดยทีมสหวิชาชีพ มีความสำคัญเพื่อให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องนำไปสู่การสืบค้นและการรักษาที่เหมาะสม ควรมีการพัฒนาทักษะบุคลากรในการสังเกตอาการชักชนิด complex partial seizure ได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีระดับการโล่งใจผิดปกติเฉียบพลัน การส่งตรวจพิเศษควรเป็นการตัดสินใจร่วมกันกับแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Policy and Strategy. International Classification of Disease the 10th revision Thai-English (ICD-10). Nonthaburi: Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health: 1998.
2. Average OPD visit length. The 6 month evaluation report. Srithanya Hospital June 2010.
3. Smith SJM. EEG in the diagnosis, classification and management of patients with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76(Supl II):ii2-ii7.doi:10.1136/jnnp.2005.069245.
4. Osuntokun BO, Bademosi O, Ogunermi K, Wright SG. Neuropsychiatric manifestations of typhoid fever in 959 patients. *Arch Neurology* 1972;27:7-13.
5. Wadia RS, Ichaporia NR, Kiwalkar RS, Amin RB, Sardesai HV. Cerebellar ataxia in enteric fever. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48:695-7.
6. Meagher DJ, Moran M, Raju B, Gibbons D, Donnelly S, Saunders J et al. Phenomenology of delirium. *Br J Psychiatry* 2007;190:135-41.
7. Anderson WE. Herpes Simplex Encephalitis. Available from <http://emedicine.medscape.com/article/1165183-overview>. [29 June 2012]
8. Solomon T, Dung NM, Kneen R, Gainborough G, Vaughn DW, Khanh VT. Japanese encephalitis. *J Neuro Neurosurg Psychiatry* 2000;68:405-15.
9. Clinque P, Cleator M, Weber T, Monteyne P, Sindic CJ, van Loon AM. The role of laboratory investigation in the diagnosis and management of patients with suspected herpes simplex encephalitis: a consensus report. the EU Concerted action on virus meningitis and encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;61:339-45.doi:10.1136/jnnp.61.4.339.
10. O Silpakit. Epilepsy and behavior changes. *ASEAN J Psychiatry* 1996;4:27-36.
11. Hernandez-Frau P. Psychiatric disorders associated with epilepsy. Available from <http://emedicine.medscape.com/article/1186336-overview#aw2aab6b4>. [29 June 2012]
12. Van Der Feltz-Cornelis CM. Treatment of interictal psychiatric disorder in epilepsy. II. Chronic psychosis. *Acta Neuropsychiatrica* 2002;14:44-8.