

คลินิกปริศนา

ชิตชนก ตันติพัฒน์, พ.บ.

กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลพระปกเกล้า

ผู้ป่วยหญิงอายุ 29 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีประวัติใส่คอนแทคเลนส์รายเดือน โดยใช้น้ำยาแช่คอนแทคเลนส์เป็นน้ำเกลือผสมเอง ปฏิเสธการใส่คอนแทคเลนส์ค้างคืน โดย 3 สัปดาห์ก่อนมารพ. มีอาการเคืองตา ตาข้างขวาแดงเล็กน้อย ไปตรวจคลินิกตา ได้น้ำตาเทียมมาหยอด อาการยังไม่ดีขึ้น 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตาเริ่มมัวลง ไปตรวจคลินิกตา แพทย์ให้ยาสเตียรอยด์มาหยอดตาวันละ 4 ครั้งร่วมกับให้ยาต้านไวรัสเสริม อาการยังไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล

ตรวจตา

ตาข้างขวา

ระดับการมองเห็น (visual acuity) ระดับมือไหว (hand motions) ความดันลูกตา 12 มิลลิเมตรปรอท

ความรู้สึกของกระจกตา (corneal sensation) ปกติและเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

เยื่อบุตาขาวแดงระดับน้อยถึงปานกลาง

กระจกตา พบรอยฝ้าขาวกลมบริเวณตรงกลาง ขนาด 6.5x7 มิลลิเมตร ลึก 1 ใน 4 ของความหนากระจกตา ขอบเขตไม่ชัดเจน ไม่พบลักษณะเฉพาะของเชื้อรา (feathery หรือ satellite infiltration) พบรอยถลอกของผิวกระจกตา (epithelial defect) ทั่วๆ บนรอยฝ้าขาว ไม่มีกระจกตาบางตัวลง

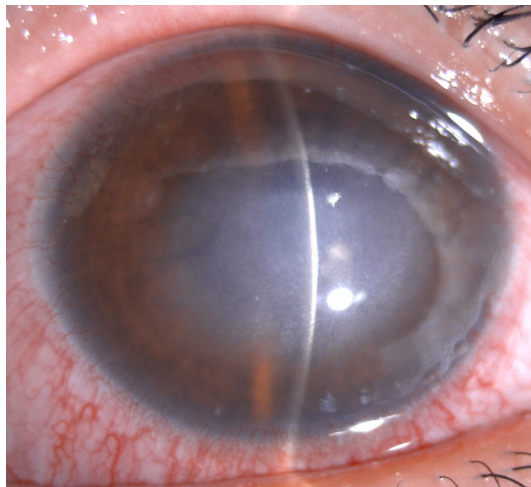
ช่องหน้าม่านตาและม่านตา ไม่มีหนอง มีปริมาณเซลล์อักเสบในช่องหน้าม่านตาลึกน้อย

เลนส์แก้วตา ปกติ ไม่มีต้อกระจก

น้ำวุ้นตาและจอประสาทตา ปกติ ไม่พบการอักเสบ

ตาข้างซ้าย

ระดับการมองเห็น ความดันลูกตา และการตรวจตาส่วนอื่นๆ ปกติดี



รูปที่ 1 ภาพถ่าย slit lamp-รอยฝ้าขาวกลมบริเวณตรงกลางกระจกตาข้างขวา ขนาด 6.5x7 มิลลิเมตร

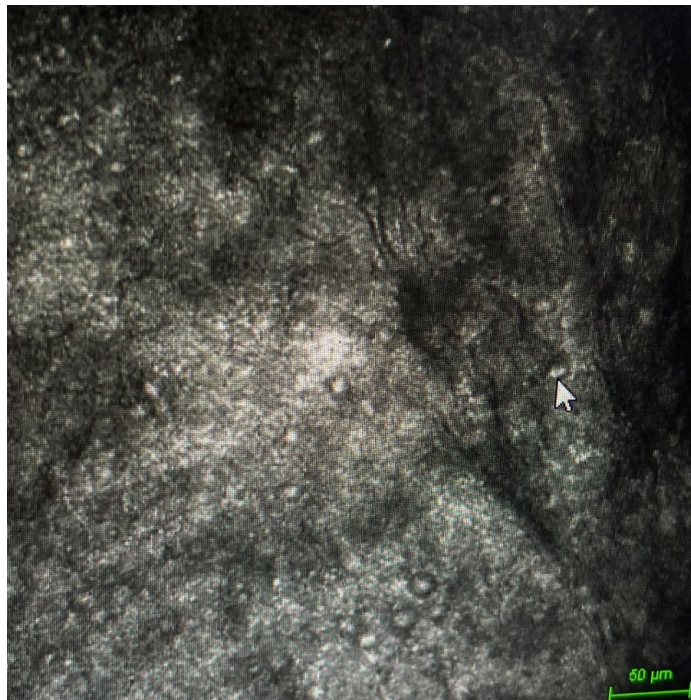
ท่านคิดว่าผู้ป่วยรายนี้สงสัยภาวะกระจกตาติดเชื้อจากเชื้อโรคร่วมใด ?

อภิปรายผล

การวินิจฉัยเบื้องต้น กระจกตาติดเชื้อข้างขวา โดยมีประวัติการใส่คอนแทคเลนส์ จึงทำให้สงสัยการติดเชื้อในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการใช้คอนแทคเลนส์ ซึ่งสามารถพบได้ทั้งเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา เชื้ออะมีบา (Acanthamoeba) เป็นต้น ดังนั้นจึงได้ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจเครื่องมือพิเศษเพิ่มเติม การขูดเนื้อเยื่อกระจกตา (corneal scraping) ป้ายสไลด์ย้อมสีแกรม (Gram) - ไม่พบเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและลบ ย้อม Potassium hydroxide, KOH - ไม่พบเชื้อราสาย หรือยีสต์ตรวจ wet smear - ไม่พบซิสต์ของเชื้ออะมีบา ส่งเพาะเชื้อ (tissue culture) - รอผล

การรักษาผู้ป่วยได้นอนโรงพยาบาล เนื่องจากมีระดับการมองเห็นเพียงแค่ระดับมือไหว กระจกตาติดเชื้อขนาดใหญ่และรุนแรง ลักษณะการติดเชื้อไม่พบได้ทั่วไป และจำเป็นต้องได้รับการหยอดยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

(fortified cefazolin และ fortified ceftazidime) ทุก 1 ชม. หลังจากนั้นอาการยังไม่ดีขึ้นจึงส่งตรวจเครื่องมือพิเศษ In Vivo Confocal Microscopy, IVCM เพิ่มเติมที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบอะมีบาระยะซิสต์จำนวนมาก ในเนื้อเยื่อกระจกตาส่วนบน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้ออะมีบา คือ 0.02% Polyhexamethylene biguanide (PHMB) และ 0.02% Chlorhexidine หยอดตาขวาทุก 1 ชม. หลังจากนั้นอาการปวดตา ตาแดงเริ่มดีขึ้น ผลตรวจตาแผลติดเชื้อที่กระจกตาค่อยๆ สงบลง แพทย์จึงค่อยๆ ลดความถี่ของการหยอดตาโดยปรับยาตามอาการ อาการแสดงและการตรวจติดตามการลดลงของอะมีบาซิสต์จากการตรวจเครื่องมือ IVCM และเนื่องจากระดับการมองเห็นที่เลือนลางร่วมกับแผลเป็นที่กระจกตาตรงกลางและขนาดใหญ่ ผู้ป่วยจึงได้รับการจ้องกระจกตาด้วยผ้าตัดเปลี่ยนกระจกตาในภายหลัง เพื่อให้ระดับการมองเห็นดีขึ้น



รูปที่ 2 ภาพถ่าย In Vivo Confocal Microscopy-เชื้ออะมีบาระยะซิสต์ (ลูกศรสีขาว)

ภาวะกระจกตาติดเชื้อจากเชื้ออะมีบาพบสูงถึงร้อยละ 90 ที่ผู้ป่วยมีประวัติใส่คอนแทคเลนส์¹ ซึ่งตรงกับผู้ป่วยรายนี้ อาการในระยะเริ่มแรกมักไม่เฉพาะเจาะจง อาจเริ่มจากเคืองตา ตาแดงเล็กน้อย จนเวลาผ่านไปจึง

เริ่มมีอาการปวดและมัวลง อาการแสดงมีเยื่อตาขาวแดง กระจกตาตากลอก มีรอยฝ้าในกระจกตาชั้นตื้น อาจพบรอยกระจกตาตากลอก ทำให้สับสนกับโรคเริ่มขึ้นกระจกตา ตา โรคตาหลังจากการใส่คอนแทคเลนส์ได้ ในระยะหลัง

การติดเชื้อจะลงลึกในเนื้อกระจกตามากขึ้น อาจพบลักษณะพิเศษที่พบได้ในโรคนี้คือ เส้นประสาทตาในกระจกตาอักเสบ (radial keratoneuritis) ฝ้าในกระจกตาดำขุ่นมากขึ้น จนถึงฝ้ารูปวงแหวน (ring infiltration)

การวินิจฉัยได้จากอาการแสดงดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับการส่งตรวจเพิ่มเติม ได้แก่ การขูดเนื้อเยื่อกระจกตาดำ เพื่อส่งป้ายบนแผ่นสไลด์โดยย้อมสีต่างๆ (KOH, Gram) ส่งเพาะเชื้อ โดยใช้จานเพาะเชื้อโดยเฉพา (Non-nutrient agar with E.coli overlay) ถ้าการติดเชื้ออยู่ลึกลงไปเนื้อกระจกตาดำสามารถตัดชิ้นเนื้อ (corneal biopsy) เพื่อส่งตรวจทางพยาธิและย้อมสีพิเศษ (Giemsa, Acridine orange, Calcofluor white) เพิ่มเติมได้ พบว่าการส่งป้ายบนแผ่นสไลด์ และการตรวจทางพยาธิมีโอกาสดูพบเชื้อได้มากกว่าวิธีเพาะเชื้อ ส่วนการตรวจด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) สามารถทำได้แต่ขึ้นอยู่กับความพร้อมของห้องปฏิบัติการด้วย

การส่งตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ IVCM ซึ่งเป็นการถ่ายภาพกำลังขยายสูงถึงระดับเซลล์ในกระจกตาดำของผู้ติดเชื้อโดยตรง ซึ่งสามารถถ่ายภาพชีสต์และระยะ trophozoite ของเชื้ออะมีบาได้ และพบว่ามีโอกาสดูพบเชื้อได้สูง ความไว (sensitivity) ร้อยละ 90 ความเฉพาะเจาะจง (specificity) ร้อยละ 77-100¹ ทั้งนี้ขึ้นกับประสบการณ์ของผู้แปลผลด้วย การวินิจฉัยโรคนี้มักวินิจฉัยประวัติ อาการแสดงหรือร่วมกับการพบเชื้อใน IVCM² ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่งตัวไปโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อถ่ายภาพ IVCM และพบชีสต์จำนวนมาก

ในกระจกตาดำของผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาที่ถูกต้องในที่สุด

การรักษา ยาหยอดตาหลักที่ใช้รักษากระจกตาดำติดเชื้ออะมีบาคือ ยากลุ่มไบกัวไนด์ (Biguanide) ซึ่งประกอบด้วย PHMB และ Chlorehexidine เนื่องจากมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อทั้งระยะ trophozoite และชีสต์ นอกจากนั้นยังมียากลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่ม Diamidine (Propamidine, Hexamidine) กลุ่ม Aminoglycoside และกลุ่ม Azole เป็นต้น ซึ่งมักใช้เป็นยาเสริมและบางตัวไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย โดยการรักษาจะค่อยๆ ลดยาลงในระยะเวลาเป็นหลักเดือนถึงปี ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา นิยมทำในกรณีที่กระจกตาขุ่นมาก โดยภาวะติดเชื้อสงบและหยุดยาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปเพื่อทำให้การมองเห็นดีขึ้น ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยาหยอด 0.02% PHMB และ 0.02% Chlorehexidine ทุก 1 ถึง 2 ชั่วโมง จนกระจกตาดำติดเชื้อดีขึ้นและการตรวจติดตามจำนวนชีสต์จากการตรวจ IVCM ลดลง จึงได้รับการลดยาลงตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการจ้องกระจกตาไว้ใช้สำหรับผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเพื่อทำให้การมองเห็นดีขึ้นในภายหน้า

เอกสารอ้างอิง

1. TU EY. Acanthamoeba and Other Parasitic Corneal Infections. In: Mannis MJ, Holland EJ. editor; Cornea 4th ed. Edinburgh: Elsevier, 2017. p.976-85.
2. Weisenthal RW, Daly MK, Freitas D, Feder RS, Orlin SE, Tu EY, et al. External disease and cornea. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2019.