

## Medical conditions associated with Obsessive and compulsive symptoms

นายแพทย์พีรพล ภัทรนุธพร

วันที่ 18 มีนาคม 2545

### บทนำ

ความผิดปกติทางกายหลายชนิดไม่ว่าจะเป็น โรคหรือยาสามารถทำให้เกิด โรคย้ำคิดย้ำทำ (OCD) ได้ หรือทำให้เกิดมีอาการที่คล้ายกับอาการย้ำคิดหรือย้ำทำ ซึ่ง โดยทั่วไปแล้วก็จะมี ความผิดปกติเกิดขึ้นที่ caudate nuclei, putamen, globus pallidus, cingulate gyrus, frontal lobes บริเวณเหล่านี้จะพบการทำงานมากกว่าปกติ หรือมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ถ้าดูจากการศึกษาทางรังสีในผู้ป่วยOCD (PET, SPECT และ Functional MRI) (Baxter, 1994; Schwartz et al., 1996 Breiter et al ; 1992 ; McGuire et al, 1994; Trivedi, 1996)

อาการย้ำทำที่เกิดจากความผิดปกติทางกายมักมีความหลากหลาย เช่น พุดประโยคเดิมซ้ำๆ ทำอะไรซ้ำๆ ตื่นน้ำเรื่อยๆ ฯลฯ อาการย้ำทำที่เหล่านี้จะแตกต่างจากใน OCD ในจุดที่ว่า เป็นการกระทำที่ไม่มีจุดประสงค์ แต่จะเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่ต้องการต่อต้านไม่ได้ เป็นรูปแบบซ้ำๆ เช่นเดียวกับอาการย้ำคิด ลักษณะความคิดจะเป็นความคิดที่ผุดขึ้นมา เกิดขึ้นซ้ำๆ รู้สึกแปลกแยก เนื้อหาอาจจะเหมือนหรือแตกต่างจากOCDทั่วไปก็ได้ ลักษณะเนื้อหาความคิดที่แตกต่างออกไปมักพบเกี่ยวข้องกับ temporal หรือ frontal lobe partial complex seizure หรือในกลุ่มที่เป็นจาก encephalitis lethargica

อาการย้ำคิดย้ำทำที่เกิดพบร่วมกับโรคในระบบประสาท เริ่มพบในปี 1924 มีการพบอาการย้ำคิดย้ำทำใน

ผู้ป่วย postencephalitic parkinsonism และต่อมาพบร่วมกับ encephalitis lethargica ภายหลัง สงครามโลกครั้งที่ 1 แม้แต่ levodopa ซึ่งเป็นยาที่ใช้รักษาโรค Parkinson ในบางครั้งก็สามารถทำให้เกิดอาการย้ำคิดย้ำทำได้ , ในผู้ป่วยได้รับการกระทบกระเทือนทางศีรษะ ไม่ว่าจะเป็ตั้งแต่แรกคลอดหรือจากอุบัติเหตุ, ผู้ป่วย sydenham's chorea มากกว่าหนึ่งในสามก็มีอาการนี้ รวมถึงในผู้ป่วย Huntington's chorea และพบจำนวนไม่กี่รายในผู้ป่วย โรคเบาจิต ต่อมาก็มีการพบร่วมกับผู้ป่วย โรคลมชัก ทั้งชนิด petit mal, grand mal temporal lobe epilepsy หรือแม้กระทั่งใน epileptic aura

ดังนั้น เมื่อมีผู้ป่วย OCD มาพบแพทย์ ก็ไม่ควรที่จะละเลยคิดถึง ความผิดปกติทางกาย โดยเฉพาะในกลุ่ม

ผู้ป่วยที่อาการเริ่มต้นหลังอายุ 40 ปี อาการเริ่มต้นสัมพันธ์กับอาการทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นมาใหม่, รูปแบบอาการที่ไม่ปกติ (เนื้อหาของอาการไม่เป็นเหมือน OCD ทั่วไป ) มีประวัติอาการชักหรืออุบัติเหตุทางศีรษะมาไม่นานร่วมกับการหมดสติ ประวัติครอบครัวที่เป็น tics หรือ tourette's Syndrome

### Structural abnormalities of brain in OCD

#### Neuroradiological evidence

มีการใช้ภาพถ่ายรังสีหลายวิธีเพื่อหาความผิดปกติในสมองของOCD เช่นการใช้ CT Scans Inset et al ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยกับคนธรรมดา แต่บางการศึกษา ก็พบว่ามีความ mean ventricular brain

ratio ในผู้ป่วย OCD สูงกว่าคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ไม่นานมานี้Luxenberg et al. ได้พยายามอธิบายว่าBasal ganglia เป็นพยาธิสภาพต้นเหตุของOCD เนื่องจาก CT Scans ในผู้ป่วยชายอายุน้อยพบมี caudate volume ลดลง ผู้ป่วย OCD 2 ราย ที่เกิดจาก carbon monoxide poisoning ทำ CT scans พบ bilateral cavitation of basal ganglia การพบอาการย้ำคิดย้ำทำที่เกิดการผู้ป่วย โรคระบบประสาทที่มีความผิดปกติของสมองส่วนBasal ganglia เช่น post encephalitic parkinsonism และ sydenham,s chorea ก็ทำให้สนับสนุนความสำคัญของสมองส่วนนี้ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดOCD การทำMRI ให้ผลไม่ต่างจากCT scans

การศึกษาPET (Positive emission tomography) เริ่มมีการนำมาใช้มากขึ้น และสามารถช่วยประเมินด้านการทำงานของสมองได้ด้วย การศึกษาPET ของcerebral glucose metabolism ในผู้ป่วยOCD พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นที่บริเวณ Caudate nuclei , left orbital gyri, left orbitofrontal, right sensorimotor , bilateral prefrontal, anterior cingulate หลังจากรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วได้นำผู้ป่วยกลับมาทำscanซ้ำพบว่าglucose metabolism ในบริเวณorbital frontal และbasal ganglia กลับเข้าใกล้ค่าปกติมากกว่าช่วงที่มีอาการ

## Infection

### Human immunodeficiency virus

Modariel Johnson (1995) ได้บรรยายผู้ป่วยที่เป็น OCD หลังจากติดเชื้อ HIV ประมาณ 5 ปี อาการของOCDทั้งคู่เกิดเริ่มต้นใกล้เคียงกับ Major depression ทั้ง 2 รายOCD และโรคซึมเศร้าตอบสนองได้ดีกับ fluoxetine หนึ่งในสองคนนี้ไม่มีอาการของระบบประสาทส่วนกลางร่วมและไม่ได้รับยาที่เกี่ยวข้องกับ HIV อีกคนหนึ่งมี Cortical atrophy เล็กน้อย, จำนวน CD4 ลดต่ำ และค่า Mini-Mental State Examination ได้ 26 เต็ม 30

และได้รับการรักษาด้วย acyclovir, zalcitabine (dideoxycytidine) , ethambutol clarithromycin ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ของ OCD กับHIV จะยังไม่รู้แน่ชัดแต่เคยมีการระบุไว้ว่า HIV encephalopathy พบมากที่จะมีผลต่อบริเวณ basal ganglia

## Seizure Disorder

### Partial Complex Seizure

อาการย้ำคิดที่สัมพันธ์กับ partial complex seizure จะพบได้ทั้ง ใน aura, ictal และ post ictally Cascino และ Sutula (1989) บรรยายผู้ป่วยหญิงอายุ 39 ปี ที่เจ็บที่ tonic-donic seizures ตั้งแต่อายุ 11 ปี และเริ่มเป็น partial complex seizure เมื่ออายุ 21 ปี หลังจากมี Complex partial seome แล้วกำเริบอาการที่สัมพันธ์กับอาการชัก คือ ความไม่สามารถที่จะหยุด จำนวนมาก โดยไม่ได้มีอาการปากแห้งคอแห้ง หลังจากทำ Riglit tewparal lobotomy

### อาการทั้งหมดก็หายไป

ชายอายุ 26 ปี มี partial complex seizure โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยมา 6 ปี มีอาการเหม่อ กล้ามเนื้อกระตุก

บริเวณหัวไหล่และแขน ประสาทหลอนทางการมองเห็น และการได้กลิ่น มีความคิดที่แปลกแยก (ego atien thoughts) ึ่งที่ผุดขึ้น และเกิดขึ้นซ้ำๆ สัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลที่กลัวว่าตนจะทำร้ายแม่ หรือเด็ก ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยก่อนหน้านี้ไม่ถูกต้อง เนื่องจากวินิจฉัยเป็น paranoid schizophrenia แต่อาการย้ำคิดและโรคลมชัก ก็ดีขึ้นเมื่อได้รับการรักษาด้วย Carbamazepine ตลอด 6 เดือน Carroll Drummond 1993)

ผู้ป่วยหญิงอายุ 11 ปี เริ่มมีอาการของ Complexpartial Seizure ไม่กี่ปีก่อนที่จะมีอาการของ OCD เมื่ออายุ 8 ปี (Levin และ Duchowry 1991) ในรายนี้มีลักษณะที่พบไม่บ่อยคือ Deizure focus anterior cingulated gyrus (right - sided) หลังทำ Cingulotomy อาการชักของผู้ป่วยดีขึ้น และอีก 15 เดือน ต่อมา OCD ของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน

## Autoimmune disorder

### Sydenham's chorea

Sydenham's chorea เป็นโรคทาง autoimmune ที่เกิดจากการกระตุ้น โดยการติดเชื้อของ Group A B-hemolytic streptococcal (GABHC) เป็นหนึ่งในอาการที่ใช้วินิจฉัย rheumatic fever ร่วมกับอาการอื่นๆ ลักษณะของอาการเป็น choreiform movements ที่พบมากคือบริเวณหน้า แขน และมือ

Swedo และคณะได้กล่าวไว้ว่าอาการย้ำคิดย้ำทำปรากฏมากกว่า 70 % ในเด็กที่เป็น Sydenham's chorea และ Sydenham's Chorea เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่จะพัฒนาให้เกิดเป็น OCD อาการย้ำคิดย้ำทำใน Sydenham's Chorea จะแตกต่างกัน ใน Idiopathic OCD คือมีแนวโน้มที่จะเกิดอย่างเฉียบพลันและมีอาการเป็นช่วงๆ ความสัมพันธ์ของ OCD และ chorea มีการเชื่อมโยงไปยังการที่มี antibodies ที่ต่อต้าน โดยตรงต่อ Cytoplasm ของ

Cells ใน caudate และ subthalamic nuclei ความรุนแรงของอาการสัมพันธ์กับระยะเวลาและ antineuronal antibody titers (Swedo, 1994)

B lymphocyte cell surface antigen ที่ถูก recognized โดย D8/17 monoclonal antibody เป็น genetic marker ที่ไวต่อ rheumatic fever และเป็น marker ที่พบมากอย่างมีนัยสำคัญในเด็กที่เป็น OCD หรือ tic disorders โดยอาจจะมีหรือไม่มี sydenham's chorea ก็ได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มเด็กปกติ (Murphy et al., 1997 ; swedo et al., 1907 ) ดังนั้น antigen ตัวนี้จึงเป็น genetic marker ที่ไวต่อ Childhood-onset OCD ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ Group A Beta hemolytic Streptococcal โดยไม่มี Sydenham's Chorea หรือ rheumatic fever อาการของเด็กกลุ่มนี้จะเกิดเป็นช่วงๆและจะกำเริบมากขึ้นเมื่อได้รับเชื้อ และพบน้อยกว่าถ้าเป็นเชื้อตัวอื่น การศึกษาสาเหตุทาง autoimmune ใน OCD นำไปสู่การศึกษาเพื่ออธิบายพยาธิสภาพสาเหตุอีกทางหนึ่ง ในขณะที่ปัจจัยทาง autoimmune ของ adult-onset OCD ยังคงมีการศึกษาต่อไป

การรักษายังมีความหลากหลาย อันดับแรกเด็กที่เกิดเป็น OCD อย่างฉับพลันควรจะได้รับ การตรวจหาโอกาสเป็นไปได้ที่จะมี carditis เพราะอาจเป็นไปได้ที่เด็กอาจจะเป็น rheumatic fever อันดับที่สองเด็กที่เป็น sydenham's chorea ควรจะได้รับ การตรวจเผื่อว่าจะพัฒนาเป็น OCD หรือไม่ อันดับสาม ในขณะที่ chorea อาจตอบสนองต่อ valproate หรือ neurodeptic drug แต่ OCD ไม่เป็นเช่นนั้น (Swedo, 1994; Moore, 1996) การรักษาควรต้องตัดสินใจพิจารณาถึงความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพไม่ว่าจะด้วยวิธี plasmapheresis หรือ intravenous immunoglobulin และการให้ penicillin prophylaxis จะลดโอกาสการเกิดครั้งต่อไปหรือไม่ รวมทั้งใน sydenhamis chorea ยังคงอยู่ในระหว่างการศึกษาต่อไป

### Brain tumor เนื้องอก ในสมอง

กรณีของเนื้องอกในสมองที่มีอาการสัมพันธ์กับ OCD พบได้ Tumble they ward (1993) ได้บรรยายผู้ป่วยหญิงอายุ 9 ปีที่เป็น Brainstem astran tons แล้วเข้าไปใน left cerebellum มีอาการของ OCD เป็นอาการเด่นอาการหนึ่ง หลังจากผ่าตัดครั้งที่สองและฉายแสงแล้ว อาการดีขึ้น แต่อาการ โดยที่เนื้องอกไม่ได้กลับมาโตมากนัก สืบค้นแล้วพบประวัติของผู้ป่วยมี OCD อยู่ใน

Paradis, Friedman Hatch (1996) บรรยายผู้ป่วยหญิงที่เริ่มมีอาการกลัวเชื้อโรคและ คู่ในการทำด้วยการ

ล้างมือระหว่างช่อง post surgical rehabilitaion และผ่าตัดส่วน non malignant, Right parietal vertex tumor สัมพันธ์กับการทำลายบริเวณ Right frontoparietal ที่เกิดระหว่างผ่าตัดอาการของผู้ป่วยดีขึ้นด้วยการทำ exposure และ tesponsive precention

ผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี มีอาการกลัวการติดเชื้อในช่วง 3 เดือนของการรักษาด้วย x-ray therapy no left fronto-temporal xanthoastrocytomy ( Roger และ Mendoza, 1994) การรักษาด้วย

Case ผู้ป่วยมาด้วยการถามซ้ำๆ พูดประโยคเดิมๆ จดประโยคที่พูดซ้ำใส่สมุด ตรวจพบมี Right frontal Dural lesion (Seibyl et al, 1989) อาการ OCD ดีขึ้นภายในเดือนที่เริ่มให้ยา tranylcyproamine ร่วมกับ lithium โดยไม่ได้มีการผ่าตัดเอา meningioma ออก จึงเชื่อว่าถ้า OCD ที่เกิดขึ้นใน late onset และมี severe affective blunting และ emotional liability อาจจะต้องนึกถึงความสัมพันธ์ของ OCD และ meningioma

### **อุบัติเหตุทางศีรษะ (Head injury)**

แทบทุกกรณีของผู้ป่วยที่มีอุบัติเหตุทางศีรษะแล้วตามมาด้วย OCD มักมีประวัติหมดสตินำมาก่อน (loss of consciousness) (Mckeon, McGuffin และ Robinson, 1984 ; Donovan และ Barry, 1994 ; Kant et al., 1996; Childers et al. 1998) OCD สามารถเกิดได้ตั้งแต่ 24 ชั่วโมง ไปจนถึง 6 เดือนหลังฟื้น

การส่งตรวจทางระบบประสาท เช่น EEG, MRI, SPECT, PET และ CAT Scans อาจจะไม่พบความผิดปกติ

อุบัติเหตุทางศีรษะในระบบปิด (Closed head injury) มักจะกระทบกระเทือนสมองส่วนหน้าโดยทั่วไป

(frontal lobe injury) ร่วมกับการกระทบกระเทือนบริเวณ orbitofrontal ซึ่งจะสัมพันธ์กับอาการของ OCD ที่เกิดขึ้น อาการตรวจเช็คของผู้ป่วย(checking rituals) ที่เกิดขึ้นหลังอุบัติเหตุทางศีรษะอาจไม่ใช่อาการของ OCD เสมอไป แต่อาจเป็นภาวะเครียด (anxiety) หรือ ความจำบกพร่องอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ ถ้าเป็นอาการของfrontal lobe syndrome ผู้ป่วยมักแสดงออกมาเป็น apathy มากกว่าการวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการย้ำคิดย้ำทำ (Donovan และ Barry, 1994)

การตรวจเช็ค การนับ และการทำความสะอาดเป็นอาการย้ำทำที่พบบ่อยสุดในผู้ป่วยอุบัติเหตุจากศีรษะที่มี OCDและมักจะพบโรคซึมเศร้าร่วมด้วย การตอบสนองต่อยากกลุ่ม SSRIS ก็จะหลายหลายแตกต่างกันไปเหมือนกับ idiopathic OCD ถ้าไม่ได้รับการรักษาอาการก็อาจหายไปเองได้ในหลายปีถัดมา (McKeon et al 1984)

Drummond (1998) รายงานกรณีผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะจากที่ทำงานร่วมกับอาการหมดสติในช่วงสั้นๆนำไปสู่การที่ต้องพักงานไป 6 เดือนและเริ่มมีอาการของ OCD เมื่อกลับไปทำงาน อาการที่เกิดขึ้นคือ เวลาทำงานต้องทำให้สมบูรณ์แบบ มีอาการตรวจเช็ค, ล้างมือซ้ำๆ และย้ำคิดว่าจะเกิดอันตรายต่อครอบครัวผู้ป่วย การรักษาโดยใช้พฤติกรรมบำบัดวิธี exposure และresponsive prevention ไม่ได้ผล อาการของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อได้รับเงินชดเชย ในรายนี้จึงไม่สามารถแยกได้ว่าเป็นภาวะเครียดที่ต้องให้เกิด (stress exacerbating induced OCDหรือเป็น OCD ที่ไม่มีสาเหตุ (idiopathic OCD) หรือเป็นจาก secondary gain ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ

### **โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular accident)**

ผู้ป่วยชายอายุ 62 ปี มีลักษณะนิสัยวิตกกังวล และ ทำอะไรต้องสมบูรณ์แบบ(perfectionist) ไม่เคยมี

ประวัติ OCD เริ่มมีอาการย้ำทำเป็นลักษณะพยายามจะต้องรู้ในสิ่งที่อยากรู้ให้ได้ (need-to-know compulsions) อาการเริ่มต้นอย่างฉับพลัน เริ่มจากรู้สึกว่าจำเป็นต้องรู้ชื่อของนักแสดงที่ได้ดูในรายการโทรทัศน์ให้ได้ (Swoboda และ Jenike, 1995) อาการย้ำทำเริ่มเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จากในโทรทัศน์กระจายไปยังหนังสือพิมพ์ และสื่ออื่นๆ หลังจากนั้นอีก 3 ปี ผู้ป่วยรายนี้ได้ทำ CT scans และพบว่า มี right frontal infarct อาการของผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาที่ได้นำมาใช้ 35 ชนิดรวมทั้ง SSRIs ด้วย

ในผู้ป่วยอีกรายหนึ่งมี right frontal infarct และ left subfrontal contusion จากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ หลังจากผ่านภาวะโคม่า มา 3 อาทิตย์ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการนับ อาการเคี้ยว และการอ่านซ้ำๆ (Donovan และ Barry, 1994)

ผู้ป่วยหญิงอายุ 65 ปี มีอาการย้ำทำด้วยการขีดผิวหนัง นับหนังสือและข้าวของซ้ำๆ โดยเริ่มมีอาการหลังจากมี unilateral infarcts บริเวณ head of caudate nuclei (Croisile et al., 1989) และเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มี Basal ganglia lesions ผู้ป่วยจะมีลักษณะ apathetic และ มีความกระตือรือร้นลดลง ผู้ป่วยไม่มีอาการวิตกกังวลเมื่อให้หยุดอาการที่เกิดขึ้น

Daniele et al. (1997) บรรยายผู้ป่วยโรค Parkinson ที่เริ่มมีอาการกลัวจะทำร้ายลูกตัวเองและมีพฤติกรรมซ้ำ รวมถึงพูดประโยคซ้ำๆ และพูดคำหยาบซ้ำๆ (coprolalia) อาการเหล่านี้เกิดขึ้นภายในไม่กี่วันหลังจากที่มี stroke บริเวณ left anterior putamen

ผู้ป่วยหญิงอายุ 48 ปี มีการเคลื่อนไหวมืออย่างไม่มีวัตถุประสงค์คล้ายๆกับการเขียนหนังสือ อาการเกิดขึ้น

1 ปีหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหลังจากแม่เสียชีวิต (Williams, Owen และ Heayh, 1998) ผู้ป่วยสามารถหยุดอาการของตัวเองได้ แต่พบว่าเวลาทำแล้วรู้สึกสบายกว่า CT scan พบ cavitations of unknown etiology (อาจจะ เป็นภาวะขาดเลือด) ในบริเวณ caudate nuclei และ right putamen

## Toxin or Drug

มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการย้ำคิดย้ำทำเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกที่เป็น carbon monoxide poisoning โดยร่วมกับมี bilateral globus pallidus infarction อาการของผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเกี่ยวกับย้ำคิดว่า จะทำร้ายคนอื่น, เรื่องเพศ, กลัวการติดเชื้อ, ถ่มน้ำลายบ่อยๆ โดยไม่สามารถจะควบคุมให้หยุดได้, ตรวจเช็ค, นับและล้างมือซ้ำๆ ผู้ป่วยเริ่มรักษาด้วย fluoxetine แต่ก็ไม่ได้มารักษาต่อตามนัด

Laplane et al (1989) รายงานผู้ป่วย 2 รายที่เป็น carbon monoxide poisoning แล้วเกิดอาการย้ำคิดย้ำทำ ผู้ป่วยรายแรกพบ bilateral lesions of globus pallidus ซึ่งสัมพันธ์กับอาการย้ำทำ รายที่สองพบ bilateral lesions of the lentiform nuclei (globus pallidus and putamen) มีนับเวลาซ้ำๆ นับคำพูดที่คนอื่นพูดและพูดส่งเสียงบอกสิ่งที่จะทำออกมาก่อนที่จะเริ่มทำ ผู้ป่วยรายนี้ตระหนักดีว่าอาการของตัวเองเป็นสิ่งที่ไร้สาระ แต่ก็ไม่สามารถหยุดได้

ผู้ป่วยอีกรายที่เป็น carbon monoxide poisoning และมี basal ganglia lesion เกิดอาการเคลื่อนไหว บริเวณศีรษะและคอเหมือน tic พฤติกรรมที่ต้องใช้มือขยับเหมือนคว้าหรือจับ โดยควบคุมไม่ได้ พูดคำเดิมซ้ำๆ พูดเลียนแบบคำพูดคนอื่น (echolalia)

Laplane et al (1989) ได้บรรยายผู้ป่วยที่เป็น hypoxia-induced, bilateral damage ของ lentiform nuclei ซึ่งมีอาการตรวจเช็คซ้ำๆ เปิดปิดไฟหลายรอบ ท่องออกเสียงพยัญชนะซ้ำๆ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรบกวนในอาการเหล่านี้และจะมีอาการไม่พอใจถ้ามีคนมายุ่งเกี่ยว

Weilburg et al (1989 a) รายงานผู้ป่วยชายที่มีประวัติสังสัย anoxic brain injury ตั้งแต่แรกเกิดและเริ่มมี

OCD ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เมื่อมารับการตรวจในขณะอายุ 24 พบว่ามี volume ของ left caudate nucleus และ putamen ลดลง ระยะเวลาที่ค่อนข้างนานตั้งแต่สมองได้รับการกระทบกระเทือนไปจนเริ่มมี OCD จึงทำให้มีคำถามว่าความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุในรายนี้อาจไม่เกี่ยวข้องกัน

### **ยา (Drugs)**

Nefazodone ถูกนำมาพูดถึงเมื่อมีผู้ป่วยหญิงอายุ 40 ปี เริ่มมีอาการย้ำคิดเกี่ยวกับการกินยาว่าตัวเองกินแล้วหรือยังและคิดซ้ำเรื่องเกี่ยวกับโอกาสที่จะกลับมาเป็นมะเร็งเต้านมซ้ำ โดยเริ่มมีอาการภายในอาทิตย์แรกที่ได้ยา

**Nefazodone (Sofuoglu DeBattista, 1996)** อาการเบื่ามากขึ้นเมื่อเพิ่มขนาดยาเป็น 400 mg.ต่อวัน และอาการหายไป หลังจากหยุด nefarodone ได้ 1 วัน

การ abuse เป็นการกระตุ้น (Stimulant drugs) สามารถทำให้เกิด stereotyped และพฤติกรรมทำซ้ำๆได้ (Rylander, 1969) เพราะเพื่อนำมาใช้ในขนาดที่รักษาโรคสมาธิสั้น ในเด็กก็ทำให้เกิด choreiform man และ tic

**ได้ (Denckla, Bemiorad Maokey, 1976)** และมีจำนวนน้อยที่พบเป็น tourette's syndrom (lowe et al 1982) มีเพียงไม่กี่รายที่เป็นสารกระตุ้น และอาการสามารถคงอยู่ได้ตั้งแต่ 1-3 เดือนหลังหยุดยา

นอกจากนี้ยังมีรายงานถึงอาการย้ำคิดย้ำทำที่เกิดจากการใช้ยา novel neuroleptics บางตัวอาการของ OCD สามารถหายไปตัวเอง (Patil, 1992) บางส่วนดีขึ้นจากการลด dose ของยา (Remington and Adams, 1994)

และบางส่วนก็ดีขึ้นหลังจากได้ SSRI ไปประมาณ 1-2 เดือน (Allen และ Tejera, 1994 ; Baker et al., 1996; Suppes และ Rush, 1996 ; Dodt et al., 1997) และบางส่วนอาการไม่ดีขึ้นเลยจนกระทั่งหยุดยา neuroleptic (Boker et al 1992 ; Buckely, Sajatovic และ Melter, 1994, Eoles และ Layeni, 1994)

### **ความผิดปกติทางกายที่สัมพันธ์กับอาการย้ำคิดย้ำทำ**

*Genetic disorder* : Tourette's syndrome

*Infection* : Encephalitis lethargica (Von Economo's encephalitis), Human immuno-deficiency virus(HIV)

*Autoimmune disorder* : Sydenham's chorea

*Seizure disorders* : Partial complex seizures Frontal lobe seizures ,Tonic-clonic seizures(grand mal)

*Brain tumor*

### **Head trauma**

### **Cerebrovascular accident**

*Neurodegenerative disorder* : Parkinson's disease and Levodopa, Huntington's disease, Creutzfeldt-

Jakob disease, Pick's disease and other frontal lobe degenerations, Neuroacanthosis

*Endocrine/metabolic disorder* : Hypoparathyroidism, Acute Intermittent Porphyrin, Diabetes Insipidus, Vasopressin and Oxytocin

*Toxin or drug* : Carbon monoxide poisoning, Anoxia, Wasp venom, Manganese poisoning, Clozapine, Risperidone, Nefazodone, stimulants

## Brain tumor เนื้องอกในสมอง

กรณีของเนื้องอกในสมองที่มีอาการสัมพันธ์กับ OCD พบได้ Tumble they ward (1993) ได้บรรยายผู้ป่วยหญิงอายุ 9 ปีที่เป็น Brainstem astran tons แล้วเข้าไปใน left cerebellum มีอาการของ OCD เป็นอาการเด่นอาการหนึ่ง หลังจากผ่าตัดครั้งที่สองและฉายแสงแล้ว อาการดีขึ้น แต่อาการ โดยที่เนื้องอกไม่ได้กลับมาโตมากนัก สืบค้นแล้วพบประวัติของผู้ป่วยมี OCD อยู่ใน

Paradis, Friedman Hatch (1996) บรรยายผู้ป่วยหญิงที่เริ่มมีอาการกลัวเชื้อโรคและ คู่ในการทำด้วยการล้างมือระหว่างช่อง post surgical rehabilitaion และผ่าตัดส่วน non malignant, Right parietal vertex tumor สัมพันธ์กับการทำลายบริเวณ Right frontoparietal ที่เกิดระหว่างผ่าตัดอาการของผู้ป่วยดีขึ้นด้วยการทำ exposure และ tesponsive precention

ผู้ป่วยชายอายุ 40 ปี มีอาการกลัวการติดเชื้อในช่วง 3 เดือนของการรักษาด้วย x-ray therapy no left fronto-temporal xanthoastrocytomy ( Roger และ Mendoza, 1994) การรักษาด้วย

## Reference

1. Altemus, M., Swedo S.E., Leonard, H.L., Richter, D., Rubinow, D.R., Potter, W.Z. and Rapoport J.L. (1994) Changes in cerebrospinal fluid neurochemistry during treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine. Arch Gen Psychiatry, 51:794-803.
2. Altems, D., Cummings, J.L., Wirshing, WC. Quinn, B. and Mahler, M. (1994). Repetitive and compulsive behavior in frontal lobe degenerations. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 6: 100-13.
3. Anseau, M., Legros, J.J., Mormont, C., Cerfontaine, J.L., Geenen, V., Adam, F. and Franck, G. (1987). Intranasal oxytocin in obsessive-compulsive disorder. Psychoneuroendocrinology, 12: 231-6.
4. Barton, R. (1965). Diabetes insipidus and obsessional neurosis: A syndrome, Lancer 1: 133-5.
5. Baxter, L.R. (1994). Positron emission tomography studies of cerebral glucose metabolism in Obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry, 55 (suppl 10): 54-9.
6. Bear, D.M. and Fedio, P. (1977). Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy.

Arch Neurol, 34: 454-67.

7. Bethier, M.L., Kulisevsky, J., Gironell, A and Heras, J.A. (1996). Obsessive compulsive disorder associated with brain lesions: Clinical phenomenology, cognitive function, and anatomic correlates.  
Neurology, 47; 353-61.
8. Breiter, H.C., Rauch, S.L., Kwong, K.K., Baker, J.R., Weisskoff, R.M., Kennedy, D.N., Kendrick, A.D., Davis, T.L., Jiang, A., Cohen, M.S., Stern, C.E., Belliveau, J.W., Baer, L., O'Sullivan, R.L., S
9. Brickner, R.M., Rosner, A.A. and Munro, R. (1940). Physiological aspects of the obsessive state. Psychosom Med 2:369-83.
10. Cascino, G.D. and Sutula, T.P. (1989). Thirst and compulsive water drinking in medial basal limbic  
Epilepsy : An electroclinical and neuropathological correlation (Letter.) J Neurol Neurosurg Psychiatry, 52;680-1
11. Chauvel, P., Kliemann, F., Vignal, J.P., Chodkiewicz, J.P., Talairach, J. and Bancaud, J. (1995). The clinical signs and symptoms of frontal lobe seizures. Phenomenology and classification. Adv Neurol, 66:115-26
12. Croisile, B., Tourniaire, D., Confevreux, C., Trillet, M. and Aimard G (1989). Bilateral damage to the head of the caudate nuclei (Letter.) Ann Neurol 25:313-14
13. Cummings, J.L. (1993). Frontal-subcortical circuits and human behavior. Arch Neurol 50: 873-80.
14. Cummings, J.L. and Cunningham (1992). Obsessive-compulsive disorder in irritable bowel syndrome  
Am Fam Physician, 55:875-80, 883-5.
15. Denckia, M.B., Bemporale, J.R. and Mackey, M.C. (1976) tics following methylphenidate administration :  
A report of 20 cases JAMA, 235:1349-51.
16. Donovan, N.J. and Barry, J.J. (1994). Compulsive symptoms associated with frontal lobe injury. (Letter)  
Am J Psychiatry, 151:618.
17. Drynibdm, K.M. and Gravestock, S. (1988). Delayed emergence of obsessive-compulsive neurosis following head injury : Case report and review of its theoretical implications. Br J Psychiatry, 153: 839-42.
18. Escalona, P.R., Adair, J.C., Roberts, B.B. and Graeber, D.A. (1997). Obsessive-compulsive disorder following bilateral globus pallidus infarction. Biol Psychiatry, 42:410-2.
19. Frye, P.E. and Arnold, L.E. (1981). Persistent amphetamine-induced compulsive rituals: Response to



pyridoxine(B6).Biol Psychiatry, 16 :583-7.

20. George, M., Kellner, C. and Fossey, M. (1989) . Obsessive-compulsive symptoms in a patient with multiple sclerosis. J Nerv Ment Dis., 177 :304-5.
21. Hamner, M.B. (1992). Obsessive-compulsive symptoms associated with acute intermittent porphyria. Psychosomatics, 33: 329-32.
22. Herdie, R.J., Lees, A.J. and Stern, G.M. (1984). On –off fluctuations in Parkinson’s disease : A clinical and neuropharmacological study. Brain, 107:487-506.
23. Jelliffe, S.E. (1929). Psychologic components in postencephalitic oculogyric crises : Contribution to a genetic interpretation of compulsions phenomena. Arch Neurol Psychiatry, 21:491-532.
24. Jelliffe, S.E. (1932) Psychopathology of forced movements in oculogyric crises. Nerv Ment Dis Monograph Series, 55:1-219.
25. Kettl, P.A. and Marks, I.M. (1986) . Neurological factors in obsessive compulsive disorder : Two case reports and a review of the literature. Br J Psychiatry, 149:315-19.
26. Koizumi, H.M. (1985). Obsessive-compulsive symptoms following stimulants. Biol Psychiatry, 20:1332-7.
27. Kotrla, K.J., Ardaman, M.F., Meyers, C.A., Novac, I.S. and Harman, L.A. (1994). Unsuspected obsessive compulsive disorder in a patient with bilateral striopallidodentate mineralizations. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol, 7: 130-5.
28. Laplane, D., Levasseur, M., Pillon, B., Dubois, B., Baulac, M., Mazoyer, B., Dinh, S.T., Sette, G., Danze, F. and Baron, J.C. (1989). Obsessive-compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions. Brain, 112:699-725.
29. Levin, B. and Dechowny, M. (1990). Childhood obsessive-compulsivity. Disorder and cingulated epilepsy. Biol Psychiatry, 30:1049-55.
30. Lopez, O.L., Berthier, M.L., Backer, J.T. and Boller, F. (1997). Creutzfeldt-Jakob disease with features of obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: The role of cortical-subcortical systems. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol, 10: 120-4.
31. McDaniel, J.S. and Johnson, K.M. (1995). Obsessive-compulsive disorder in HIV disease- psychosomatics, 36:147-50.
32. McKeon, J., McGuffin, P. and Robinson, P. (1984). Obsessive-compulsive neurosis following head injury: A report of four cases. Br J Psychiatry, 144:190-2.
33. Mena, I., Marin, O., Fuenzalida, S. and Cotzias, G.C. (1967) . Chronic manganese poisoning: Clinical picture and manganese turnover. Neurology, 17:128-36.
34. Miguel, E.C., Stein, M.C., Rauch, S.L., O’Sullivan, R.L., Stern, T.A. and Jenike, M.A. (1995). Obsessive-compulsive disorder in patients with multiple sclerosis J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 7:507-10.
35. Mcore, D.P. (1996) . Neuropsychiatric aspects of Sydenham’s Chorea: A comprehensive review J Clin Psychiatry, 57:407-14.
36. Mulder, D.S. (1953). Paroxysmal psychiatric symptoms observed in epilepsy. Staff Meetings Mayo

Clin, 28:31-5.

37.Paradis, C.M.,Friedman, S.and Hatch, M.(1992).Obsessive-compulsive disorder onset after removal of a brain tumor. *J Nerv Ment Dis*, 180:535-6.

38.Remillard, G.M.,An dermann, F., Gloor, P.,Olivier, A and Martin, J.B.(1981). Water-drinking as ictal behaviour in complex partial seizures.*Neurology*, 31:117-24.

39.Rogers, M.P.,and Mendoxa, A.Y.(1994).Devekionebt if ibsessuve-compulsive disorder after brain tumor surgery and radiation.*Psychosomatics*, 35:402-6.

40.Rylander, G.(1969). Clinical and medicocriminological aspects of addictions to central stimulating drugs. In *Abuse of Central Stimulants*, ed.E Sjoquist and M.Tottie, pp.251-73. New York: Raven Press.

41.Schilder, P.(1938).The organic background of obsessions and compulsions. *Am J Psychiatry*, 94: 1397-416.

42.Schwartz, J.M.(1996). *Brain Lock*. New York: Harper Collins.

43.Seibyl, J.P., Krystal, J.H., Goodman, W.K. and Price, L.H. (1989). Obsessive-compulsive symptoms in a patient with a right frontal lobe lesion:Reapose to lithium augmentation of tranlycypromine, *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 1:295-9.

44.Sofuoglu, M.and DeBattista, C.(1996). Development of obsessive symptoms during nefazodone treatment. (Letter.)*Am J Psychiatry*, 153:577\*8.

45.Swedo, S.E., :epmard. H.L., Garvey,M., Mittleman, B,Allen. A.J., Perimutter, S.,Dow , S.,Zamkoff, J.,

Dubbert, B.K.Lougee, I.(1998).Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: Clinical description of the first 50 cases.*Am J Psychiatry*, 155:264-71.

46.Swedo,S.E.,Leonard, H.L. and Kiessling, L.S.(1994).Speculations on antineuronal antibody-mediated neuropsychiatric disorders of childhood. *Pediatrics*, 93:323-6.

47.Swoboda, K.J.and Jenike, M.A.(1995).Frontal abnormalities in a patient with obsessive-compulsive disorder: The role of structural lesions in obsessive-compulsive behavior.*Neurology*, 45:2130-4.

48.Tonkonogy, J.(1993).OCD and Pick's Disease: Clinical and neuropathological correlation. (Abstract).

*J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 5:447.

49.Ward, C.D.(1988).Transient feelings of compulsion caused by hemispheric lesions :Three cases.*J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 51:266-8.

50.Weiburg, J.B.,Mesulam, M.M.,Weintraub, S,Buonanno, F, Jenike, M.and Stakes, J.w.(1989a).Focol striatal abnormalities in a patient with obsessive-compulsive disorder.*Arch Neurol*, 233-5.

51.Weilburg, J.B.,Rosenbaum, J.F.,Biederman, J.,Sachs, G.S.,Pollack, M.H.and Kelly, K.(1989b)

Fluoxetine added to non-MAOI antidepressants converts nonresponders to responders: A preliminary report.*Jclin Psychiatry*, 50:447-9.

52.Wexberg E.(1937).Remarks on the psychopathology of oculogyric crises in epidemic encephalitis.

J.Nerv Ment Dis, 85:56-69.

53.Williams, A.C.,Owen, C.and Heath, D.A.(1988). Compulsive movement disorder with cavitation of caudate nucleus (Letter.) J Neurol Neurosurg Psychiatry, 51:447-8.

54.Wyszynski, B., Meriam, A.,Medalia, A.and Lawrence, C.(1989).Choreoacanthocytosis : Report of a Case with psychiatric features.Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol, 2:137-44.