



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting

### Case 1: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**“A 62-year-old female kidney transplant recipient presented with blurred vision for 2 days”**

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์โอภาส จันทร์เพ็ชร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา : อาจารย์ นายแพทย์จกกพัฒน์ วนิชานันท์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### Patient Profile:

ผู้ป่วยหญิงอายุ 62 ปี อาชีพค้าขายเครื่องเขียน ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร เชื้อชาติไทย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก ในเดือนตุลาคม 2563 ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียนเชื่อถือได้

#### Chief Complaint:

ตามัวข้างขวา 30 ชั่วโมง PTA

#### Present illness:

Status เดิมช่วยเหลือตัวเองได้ ดีเทนนิสได้ 1 ชั่วโมงต่อวัน ใส่แว่นสายตา สายตาสั้น ขาว 700 ข้างซ้าย 600

10 วัน PTA

มีอาการปวดศีรษะตื้อๆ ที่ขมับข้างขวาและหลังกหูขวา บริเวณเป็นเส้นๆ ไม่ปวดท้ายทอย อาการปวดไม่สัมพันธ์กับการกลอกตาหรือไอ จาม เบ่ง อาการปวดเป็นเท่าๆ กัน ตลอดทั้งวันไม่มีช่วงหายสนิท ไม่มีตื่นขึ้นมาปวดตอนกลางคืน เป็นทุกวัน ไม่มีอาเจียนพุ่ง ไม่มีตามองเห็นภาพซ้อน ไม่มีตามัว ไม่ได้รับประทานยาแก้ปวด ไม่รู้สึกรำคาญใช้แว่นคอนแทกที่รักแร้เองที่บ้านได้ 36-37 องศาเซลเซียส อาการปวดเป็นเท่า ๆ เดิมทุกวัน

30 ชั่วโมง PTA

ภายหลังเข้านอนตอนกลางคืนได้ลุกขึ้นมาปัสสาวะ พบว่าตาข้างขวามองเห็นลดลงกว่าเดิม ไม่มีอาการปวดตา ลองหลับตาข้างซ้ายพบว่าตามัวข้างขวายังเดียว ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากการไม่ใส่แว่นสายตาจึงกลับเข้าไปนอนตามปกติ

24 ชั่วโมง PTA

หลังตื่นนอนตอนเช้าพบว่ามีอาการตามัวข้างขวายังเดียว ใส่แว่นสายตาแล้วอาการตามัวไม่ดีขึ้น โดยเห็นชัดเจนเฉพาะภาพนอก ส่วนภาพตรงกลางและด้านในใกล้จมูกมองไม่เห็น ผู้ป่วยแจ้งว่าเหลือประมาณ 20% ของภาพทั้งหมด ไม่มีเห็นแสงวูบวาบ ไม่เห็นภาพหลวกลบหายไปมา ไม่ปวดตา ไม่มีตาแดง ไม่มีหนังตาบวม มีขี้ตาสีขาวปริมาณเล็กน้อยหลังตื่นนอนตอนเช้า ไม่มีอาการตามัวที่ตาซ้าย ไม่มีไข้ จึงตัดสินใจไปพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จักษุแพทย์แจ้งว่ามีหลอดเลือดฝอยที่ตาขาวแตก ข้างขวาจึงแนะนำให้นอนพักหัวสูง ไม่ได้ให้ยาหยอดตาหรือยารับประทาน

12 ชั่วโมง PTA

ขณะรับประทานอาหารเย็น กำลังนั่งกดมือถือโอนเงิน เริ่มมีอาการปวดลูกตาขวา ปวดหนังทั้งกระบอกตา กลอกตาไปมาไม่ปวดมากขึ้น ขณะเจอแสงจากจอโทรศัพท์แล้วปวดมากขึ้น ตาขาวมัวเท่าๆ เดิม ร่วมกับเริ่มมีอาการปวดขมับข้างขวาลักษณะเดิม



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting

6 ชั่วโมง PTA

ต้นนอนตอนเช้าตามัวข้างขวามัวเท่าๆ เดิม ไม่มีเปลือกตาบวม ตาแดงมากขึ้น มีขี้ตาสีขาวเล็กน้อยไม่ต่างจากเดิม อาการปวดหัวที่ขมับขวาและกึ่งขวาเท่าๆ เดิม ผู้ป่วยจึงมาพบแพทย์ปฏิเสธประวัติไข้ เบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด ปฏิเสธประวัติไอเรื้อรัง ปฏิเสธประวัติการบาดเจ็บที่ลูกตาหรือสิ่งแปลกปลอมกระเด็นเข้าตามาก่อน ไม่มีอาการไอ ไม่รู้สึกว่ามีก้อนที่บริเวณใดของร่างกาย

### Past history:

#### 1. Cadaveric donor kidney transplant (CDKT) recipient

Underlying ESRD (ไม่ทราบสาเหตุ) ได้รับการวินิจฉัยมา 3 ปีก่อนมารพ. ครั้งนั้นมาด้วยขาบวมสองข้าง on HD via right AVF 2 ครั้ง /สัปดาห์

ได้รับการปลูกถ่ายไต (CDKT) 5 สัปดาห์ ก่อนมารพ. ที่ รพ.เอกชนแห่งหนึ่ง (4/9/63)

- HLA mismatched 1-2-1, PRA57%, DSA positive, CXM neg
- Recipient: CMV IgG positive, HBsAg: negative, anti HBs positive, anti HCV: negative, Anti-HIV: NR, VDRL: NR EBV IgG positive, VZV IgG positive
- Donor: CMV IgG positive, HBsAg: negative, anti HBs positive, anti HCV negative, Anti-HIV: NR, VDRL: NR

Pretransplant immunization: Herpes zoster vaccine, PCV 13 and PPSV 23, Influenza vaccine Induction regimen: Basiliximab+IV methylprednisolone Post-op complication: delayed graft function แต่ไม่ได้รับ hemodialysis หลัง transplant Last kidney biopsy (post-op day 10) พบมีลักษณะทางพยาธิวิทยาเข้าได้กับ donor ATN โดยไม่มีลักษณะของ acute rejection.

#### 2. COPD (GOLD A)

วินิจฉัยเมื่อ 4 เดือน PTA มาด้วยอาการไอเรื้อรังมา 1 ปี PTA แพทย์แจ้งว่ามีสาเหตุจากมลภาวะทางอากาศ ได้รับการทำ pulmonary function test 4 เดือน PTA: obstructive pattern, no bronchodilator response (FEV1 67%, FEV1/FVC 61% FVC 88%) ไม่เคยมีประวัติกำเริบ acute exacerbation รักษาโดยได้ยา bronchodilator ไม่มีอาการไอหรือหอบ มีประวัติไข้ต่ำด้านจุลชีพเนื่องจากไอเสมหะเปลี่ยนสีปีละ 3-4 ครั้งเป็นเวลา 1 ปี โดยไข้ยา Amoxicillin/clavulanate ครั้งล่าสุด 4 เดือน PTA มาด้วยไอ เสมหะเปลี่ยนสีเป็นเขียวเหลือง ไม่หอบเหนื่อย 2 สัปดาห์ ตรวจร่างกาย Lung: clear, no wheezing แพทย์วินิจฉัย acute bronchitis ส่ง sputum c/s *Pseudomonas aeruginosa* ผล susceptibility test: susceptible to ceftazidime, levofloxacin ได้ใช้ยา Amoxicillin/clavulanate 1 gm po bid 7 วัน ได้ปรับยาฆ่าเชื้อเป็น ciprofloxacin (500mg) 1 tab po bid pc 14 วัน อาการดีขึ้น ไม่มีอาการไอซ้ำ แพทย์จ่ายยา bronchodilator LAMA(Spiriva Handihaler) อาการไอดีขึ้นหายเป็นปกติ



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting

### 3. Hypertension

วินิจฉัยเมื่อ 26 ปี PTA มาด้วย severe preeclampsia ตรวจเจอความดันโลหิตสูง ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง

- Office SBP 110-120 mmHg, DBP 70-80 mmHg.
- No history of CAD and CVD.

#### Personal history:

- ไม่เคยใช้ contact lens
- ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธการใช้ยาเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด
- ไม่ใช้ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริม
- อยู่บ้านตึกแถวติดถนน ติดร้านขายกระสอบ มีฝุ่นละอองเยอะ
- ไม่มีบุคคลใกล้ชิดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค หรือมีอาการไอเรื้อรัง
- ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่ได้เดินทางไปต่างจังหวัด หรือเข้าป่า ลุยน้ำค้าง
- ไม่มีสัตว์เลี้ยง
- ไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
- มีคู่นอนคนเดียว

#### Family history:

- อยู่บ้านกับบุตร และสามี สมาชิกครอบครัว 5 คน ไม่มีคนป่วยในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติโรคมะเร็ง โรคติดเชื้อในญาติสายตรง

#### OB-GYN history

G2P2, Menopause 12 ปี PTA

#### Current medication

Tacrolimus	1.5-0-1 mg po pc	Amlodipine (10)	1×2 po pc
Mycophenolate mofetil (250)	3-0-3 tab po pc	Bisoprolol (5)	1×1 po pc
Prednisolone (5)	3×2 po pc	Folic (5)	1×1 po pc
(start since 28/9/63)		Ferrous fumarate	1×1 po pc
Co-trimoxazole (80/400)	1×1 po pc	Ergocalciferol (20000)	1 cap po weekly
Acyclovir (200)	1×2 po pc	Spiriva handihaler	1 cap inhale OD
Pantoprazole (40)	1×1 po ac	Berodual MDI	1 puff prn q6hr
		Rhinocort nasal spray	2 puff OD



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting

### Physical examination:

An elderly, Thai female, alert, well co-operate

### Vital signs:

BT 37.5°C PR 96 bpm RR 18/min BP 126/78 mmHg BW 48 kg Height 164 cm BMI 17.84 kg/m<sup>2</sup>

**HEENT:** Injected Rt conjunctiva, no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no proptosis, no lid swelling, greenish crust seen, no oral ulcer, no OC/OHL, not injected pharynx, no tonsil enlargement, no thyroid gland enlargement, no palpable thyroid nodule

### Eye examination:

12/10/63	Right eye	Left eye
VA	HM	20/25
Tn	11	12
Lid	Normal	Normal
Conjunctiva	Mild injected	Not injected
Cornea	Clear	Clear
AC	Not shallow, hypopyon 3mm, cell 4+	Not shallow, no cell
Iris	Normal	Normal
Pupil	3 mm RTL, no RAPD	3 mm RTL, no RAPD
Lens	NS 1+	NS 1+
Fundus	Vitreous haze gr 3-4, retinitis and whitish retinal infiltrates along temporal vascular arcade and surround the macula	Clear vitreous, sharp pink disc, single round whitish retinal infiltrate at inferotemporal arcade size approximately 1 disc diameter



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting



### **Respiratory system:**

Trachea in midline, normal thoracic contour, equal chest expansion, equal breath sound, no adventitious sound

### **Cardiovascular system:**

No JVP not engorged, apical beat at 5th ICS and MCL, no heave, no thrills, normal S1S2, no murmur, regular rhythm, no pulse contour, symmetrical pulse all extremities

### **Abdomen:**

Mild distension, no superficial vein dilatation, normoactive bowel sound, soft, no tenderness, no guarding, no rebound tenderness, liver just palpated, liver span 8 cm, spleen can't be palpated, splenic dullness negative, fluid thrills and shifting dullness negative

### **Extremities:**

pitting edema 1+ both legs, no deformity

### **Lymph nodes:**

No palpable superficial lymph nodes at cervical, supraclavicular, axillary, supratrochlear and inguinal area

### **Skin and appendage:**

No rash, no petechiae, no purpura, no ecchymosis, no Osler's node, no Janeway lesion, no sphincter hemorrhage, no purplish striae, no spider nevi, no palmar erythema, no onycholysis, no clubbing finger

### **Neurological examination:**

Good consciousness, orientation to time-place-person

### **Cranial nerves:**

Pupil 3 mm RTLBE, no ptosis, full EOM

VA by Snellen's chart: RE HM, LE 20/20

Normal VF Lt eye by confrontation test, Rt VF can't be evaluated



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting

No facial weakness

Normal gag reflex, uvula in midline

Normal speech, no dysarthria, no dysphasia

### Motor:

No fasciculation, normal tone

Motor power grade V All

**Sensory/Proprioception:** Intact

**DTR:** 2+ all

**Cerebellar:** Intact

**BBK:** Plantar flexion both

**Clonus:** Negative both

### Investigations:

CBC: Hb 10.1 g/dL Hct 30.4% MCV 99.3 fL RDW 22.9 WBC 14,860/mm<sup>3</sup> PMN 92.6% L 1.4% Platelets 485,000 /mm<sup>3</sup>

### Blood chemistry:

BUN 44 Cr 1.46 Na 140 mEq/L K 3.8 mEq/L Cl 108 mEq/L HCO<sub>3</sub> 21 mEq/L Ca 10 mg/dL PO<sub>4</sub> 1.9 Mg 0.7 mmol/L  
RPG 149 mg/dL HbA1C 5.2%

**LFT:** Albumin 3.5 g/dL TB 0.57 mg/dL DB 0.29 mg/dL AST 13 U/L ALT 14 U/L ALP 100 U/L

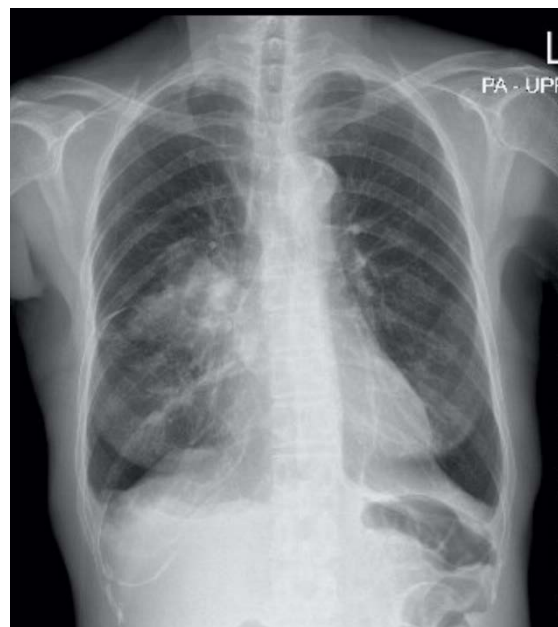
**UA:** clear yellow, Sp.gr. 1.007, leukocyte 0, protein 1+, glucose 1+, blood negative, nitrite negative, WBC 0-1 cells/HPF, RBC 0, Squamous epithelium cell 0, Bacteria negative

**Tacrolimus level** 10.0 ng/ml (5-10 ng/ml; 1-2 เดือน)

### Chest X-ray:



8 เดือน PTA



ปัจจุบัน





## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

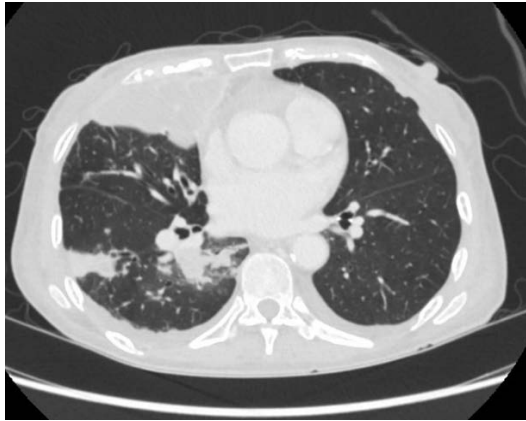
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

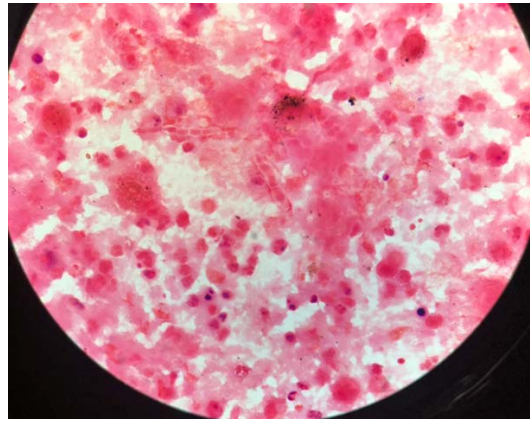
การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting

### Case summary

#### ผล investigation:



(1)



(2)

- (1) CT chest: consolidation with fluid filled dilated bronchus at RUL, RML and RLL with tree in bud appearance. Multiple hypodense nodules both thyroid lobe up to 2 cm.
- (2) BAL G/S: numerous PMN, septate hyphae, dichotomous branching with acute angle
- (3) BAL C/S: *Aspergillus fumigatus* complex
- (4) Vitreous PCR for fungus detection (18S ITS region): *Aspergillus fumigatus*
- (5) Endobronchial biopsy: Bronchoalveolar tissue with acute and chronic inflammation (mild to moderate)  
GMS staining presence of fungal hyphae in the fibrin exudate, morphologically possible *Aspergillus* spp.

#### Clinical diagnosis:

1. Acute endophthalmitis right eye with necrotizing pneumonia with thyroid abscess
2. S/P Cadaveric donor kidney transplantation for 5 weeks with delayed graft function
3. U/D COPD GOLD A

#### Microbiological diagnosis:

Disseminated aspergillosis with endophthalmitis right eye with necrotizing pneumonia with thyroid abscess



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 1/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 เวลา 13:00 - 16:30 น.

การประชุมออนไลน์ (Video Conference) ด้วยระบบ Zoom Meeting

### Management:

Surgical management: Pars plana vitrectomy

Medical management: Intravitreal voriconazole

Systemic voriconazole (oral)

### Progress:

(a day before discharge)

S: ตาขวามัวเท่าเดิม ไม่มีไข้ ปวดตาขาดลง ไม่มีไอ

O: VA:RE HM, LE 20/20

Fundoscopy exam: decreased haze RE, blurred but able to elucidate fundus details. Obscured disc

A: Partial response after treatment

P: Continue systemic voriconazole therapy and monitor voriconazole trough level 2-4 mg/L

Follow up fundoscopic exam and VA