



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดต่อ ครั้งที่ 4/2560

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาชาอายุรศาสตร์โรคติดต่อ

วันเสาร์ที่ 14 ตุลาคม 2560 เวลา 14.30-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคลิฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

Case 3: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

"A 60-year-old Thai monk presented with subacute low back pain, followed with acute alteration of consciousness"

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิงอุษณีย์ เนาว์อุดม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา: ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ชัชฌา สวนกระต่าย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient profile:

ผู้ป่วยพระภิกษุ อายุ 60 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดสุพรรณบุรี

รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก เมื่อ 26 มิถุนายน 2560

ประวัติได้จากญาติ และเวชระเบียน เชื่อถือได้

Chief complaint: ปวดหลัง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: status เดิม ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

- 1 เดือน ก่อนมารพ. ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังด้านล่าง ลักษณะเป็นปวดตื้อๆชาๆขาพอกๆกัน มีอาการปวดร้าวไปขาทั้ง 2 ข้าง ไม่สัมพันธ์กับท่าทางหรือการเดิน ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรงของขาทั้งสองข้าง อุจจาระและปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีไข้
- 3 สัปดาห์ ก่อนมารพ. ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมากขึ้น จึงมาตรวจที่แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ และได้ทำเอกซเรย์กระดูกสันหลังส่วนเอว วินิจฉัยว่าเป็น L-spondylosis T11-L5 ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาแก้ปวดเข้ากล้ามเนื้อที่สะโพกขวา ให้ยาแก้ปวดกลับไปฉีดยาและนัดดูอาการ
- 1 สัปดาห์ ก่อนมารพ. ผู้ป่วยนอนยาที่ได้ออกไป แต่อาการปวดเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ โดยตำแหน่งที่ปวดยังเป็นบริเวณหลังส่วนล่าง เป็นลักษณะปวดตื้อๆตลอดเวลา ผู้ป่วยปวดมากขึ้นจนไม่สามารถนอนหงายหรือนั่งตัวตรงได้ ต้องนอนงอตัว ญาติสังเกตว่าตะแคงซ้ายหรือขวาอาการปวดไม่ต่างกัน ได้ไปซื้อยานวดและยาสมุนไพรไม่ทราบชนิดมานั้นแต่อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยเริ่มเดินไม่ไหวเนื่องจากปวดมาก ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรงที่เป็นมากขึ้น
- ยังสามารถอุจจาระปัสสาวะได้ตามปกติ ไม่มีไข้



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2560

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันเสาร์ที่ 14 ตุลาคม 2560 เวลา 14.30-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคลิฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

- 2 วัน ก่อนมารพ. ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมากขึ้น เริ่มมีอาการไข้หนาวสั่น บ่นปวดศีรษะทั่วๆ ญาติไม่ทราบตำแหน่งปวดที่ชัดเจนและไม่ทราบว่าลักษณะอาการปวดเป็นแบบใด ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้ มีคลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง ยังสามารถพูดคุยได้รู้เรื่อง ไม่มีซึมลงหรือสับสน
- 1 วัน ก่อนมารพ. ผู้ป่วยปวดหลังมากร่วมกับปัสสาวะไม่ออกจึงมาโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉินตรวจร่างกายพบ full bladder จึงได้ทำการใส่สายสวนปัสสาวะ ระหว่างรอผลตรวจเลือดและผลตรวจปัสสาวะ ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง จึงได้รับการฉีดยา Metoclopramide 10 mg IV หลังจากนั้น 1 ชั่วโมงต่อมาพบว่าผู้ป่วยซึมลง น้ำหนักลดลงจาก 85 กิโลกรัม เหลือ 75 กิโลกรัม ในระยะเวลา 1 เดือน

Past history: No underlying disease

Personal history, social history and family history:

บวช 13 พรรษา จำวัดอยู่ที่วัดน้อยใน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ

ปฏิเสธการสูบบุหรี่

มีประวัติการใช้ยาสมุนไพร และยาชุดแก้ปวด ไม่ทราบชนิด

ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติดชนิดเข้าหลอดเลือด

ปฏิเสธประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค

ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและอาหาร

Physical examination:

GA: A Thai monk, drowsiness

Vital signs: BP 198/100mmHg, PR 100/min, regular, RR 22/min, BT 36.7°C, height 175 cm, BW 75kg,

BMI 24.48 kg/m²

Neurological examination: Drowsiness, aphasia, follow to one-step command

Cranial nerves: right pupil 2 mm, left pupil 3 mm react to light both eyes

Full EOM, no nystagmus

Left facial palsy (upper motor neuron)

Uvula in midline, no tongue deviation, gag reflex positive

Motor: spastic tone, motor power grade V all extremities



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2560

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันเสาร์ที่ 14 ตุลาคม 2560 เวลา 14.30-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคลิฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

Sensory: Unreliable

Reflexes: DTR 3+ in upper extremities, DTR 2+ in lower extremities

Clonus negative

Barbinski sign: dorsiflexion both feet

Stiffness of neck: Positive

HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no oral ulcer, no OC/OHL, no dental caries, no thyroid gland enlargement

Lymph node: no superficial lymphadenopathy

Lungs: trachea in midline, equal breath sound both lungs, no adventitious sound

Heart: no neck vein engorgement, apical beat at left fifth ICS, MCL, no heaving, no thrill, normal S1 S2, no murmur

Abdomen: no superficial vein dilatation, no distension, normoactive bowel sound, soft, not tender, no guarding, no rebound tenderness, liver and spleen can't be palpated, liver span 12cm, splenic dullness negative, shifting dullness negative

PR: Loose sphincter tone, no mass, no point of tenderness, yellow feces

Musculoskeletal: tender at bilateral paravertebral area L1-L5, psoas sign not done, no stepping, no pitting edema both legs

Skin: no rash, no PPE

Investigations:

Plain film L-S spine AP, lateral view (3 สัปดาห์ ก่อนมารพ.)





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2560

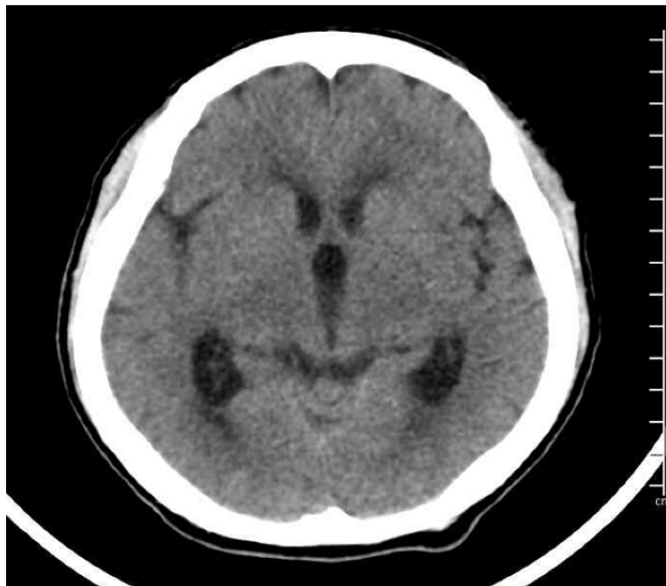
จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันเสาร์ที่ 14 ตุลาคม 2560 เวลา 14.30-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคลิฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

CT brain non contrast



Blood chemistry: BUN 19 mg/dL, Creatinine 0.79 mg/dL, Na 139 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 100 mmol/L, HCO₃ 21mmol/L, Calcium 9.5 mg/dL, Phosphate 2.3 mg/dL, Magnesium 0.66 mg/dL, Total protein 8.1 g/dL, Albumin 3.1 g/dL, globulin 5.0 g/dL, Total bilirubin 0.96 mg/dL, Direct bilirubin 0.69 mg/dL, AST 24 U/L, ALT 20 U/L, ALP 206 U/L

CBC: Hb 11.4 g/dL, Hct 35.8%, MCV 84.4 fL, RDW 14.6%, WBC 18,880 cell/ μ L (PMN 89.8%)

platelets 412,000 cell/ μ L

Coagulogram: PT 15.9 sec, INR 1.36, PTT 30.9 sec

UA: Spec 1.021, pH 6.5, protein 1+, sugar negative, ketone 1+, blood 2+, WBC 0-1/HPF, RBC numerous/HPF, Epi 0-1/HPF

Anti HIV: non-reactive



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2560

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขากายวิภาคศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันเสาร์ที่ 14 ตุลาคม 2560 เวลา 14.30-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคลิฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

Summary

ผล investigation ที่สำคัญ

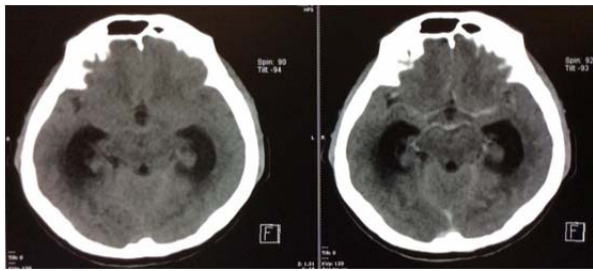


Figure 1. CT brain with contrast shown patchy leptomeningeal enhancement at bilateral high fronto-parietal lobe and communicating hydrocephalus.

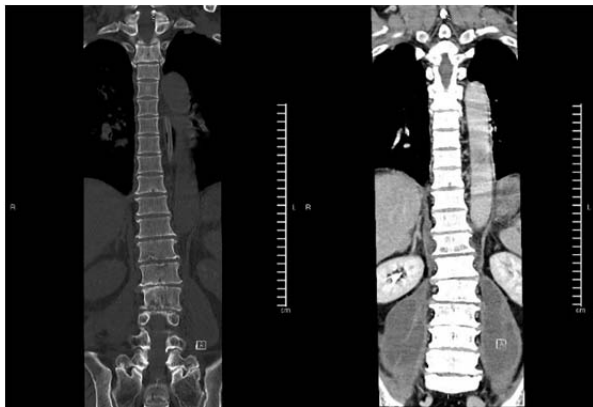


Figure 2. CT lumbar spine shown multiple large intramuscular abscesses at right sided prevertebral muscle and bilateral psoas muscles.

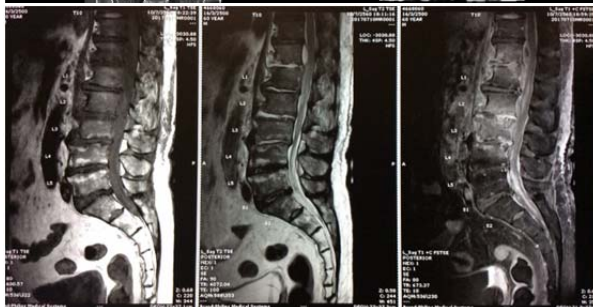


Figure 3. MRI lumbar spine shown spondylodiscitis of T12-L4 level with subligamentous extension and several paravertebral abscess formation measuring about 0.8x1.4x2.3 cm at T12 level and 0.7x1.2x2.5 cm at L1 level. The anterior epidural abscess at T12 and L1 level causing right posterolateral displacement of thecal sac, cauda equina compression.

Clinical diagnosis

S.constellatus bilateral psoas abscess with epidural abscess with meningoencephalitis

Microbiological diagnosis

CSF culture and pus culture from psoas abscess grew *S.constellatus*

Management

Emergency management

- Decrease intracranial pressure: External ventricular drain
- Hemodynamic and respiratory support



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 4/2560

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันเสาร์ที่ 14 ตุลาคม 2560 เวลา 14.30-17.00 น.

ณ ห้องประชุม Royal Summit Chamber โรงแรมรอยัลคลิฟ ไฮเต็ล พัทยา จ.ชลบุรี

Specific treatment

- Septic work up and antimicrobial therapy: Empirical antimicrobial ด้วย ampicillin and ceftriaxone and de-escalate to Penicillin G
- Percutaneous drainage of bilateral psoas abscesses
- Decompression anterior epidural abscess at T12 and L1 level

O Progress

หลังได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและลดความดันในกระโหลกศีรษะด้วยการใส่ External ventricular drain ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไข้ลดลง หลังได้ Penicillin G6 สัปดาห์ จึงได้รับการใส่ ventriculoperitoneal shunt หลังผ่าตัดมีปัญหา pneumonia, sepsis และ ventriculoperitoneal shunt malfunction ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา