



Case 2: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 62-year-old female presents with acute watery diarrhea for 3 days”

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์สมานธิ ปัทมธรรมกุล สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา : อาจารย์ นายแพทย์รองพงศ์ โพธิ์ละ สถาบัน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient profile: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี ประกอบธุรกิจส่วนตัว ภูมิลำเนากรุงเทพฯ ที่อยู่ปัจจุบัน กรุงเทพฯ รับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งที่ 3 วันที่ 22 กันยายน 2565 ประวัติได้จากผู้ป่วย และเวชระเบียนเชื่อถือได้
ปรึกษาอายุรแพทย์โรคติดเชื้อวันที่ 30 กันยายน 2565 (admission วันที่ 9)

Chief complaint: ถ่ายเหลว 3 วัน

Present illness:

7 วัน ผู้ป่วยเข้ารับยาเคมีบำบัด (neoadjuvant chemotherapy) เป็นสูตร Cisplatin และ Doxorubicin Cycle ที่ 1 และได้รับ pre-medication เป็น Dexamethasone 10 มิลลิกรัมตามด้วย Dexamethasone 4 มิลลิกรัม ต่อวันอีก 3 วัน ระหว่างนอนโรงพยาบาล 4 วัน ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีไข้ และกลับบ้านหลังได้รับยาครบ 4 วัน

3 วัน หลังจากกลับบ้านไม่ถึง 1 วัน ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ และอาเจียนเป็นอาหารหลังรับประทานอาหาร ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 4-5 ครั้งต่อวัน ครั้งละประมาณ 1 แก้วกาแฟ ไม่มีมูกหรือเลือดปน ไม่มีไข้ ไม่หนาวสั่น วัดอุณหภูมิที่บ้านได้ 36-37°C ไม่มีแผลในปาก เจ็บคอ เจ็บก้น ปวดท้อง หรือปัสสาวะแสบขัด

1 วัน อาการถ่ายเหลวยังไม่ทุเลา อาเจียนมาก และอ่อนเพลีย ไม่มีไข้ จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล

Admission วันที่ 1 ยังมีอาการเพลียและมีอาการถ่ายเหลววันละ 3-4 ครั้งปริมาณพอ ๆ เดิม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการได้ผลดังต่อไปนี้

Hb 13.6 g/dL, WBC 390 cells/mm³ (neutrophil 30%, lymphocyte 61.7%, monocyte 6.7%, eosinophil 0.1%, basophil 0.7%), platelet 185,000 /mm³ PT/INR 11.1 seconds/0.96, PTT 21.2 seconds

BUN 47 mg/dL, Cr 1.34 mg/dL, Na 117 mmol/L, K 2.9 mmol/L, Cl 71 mmol/L, HCO₃ 29 mmol/L, POCT glucose 155 mg/dL



TB 0.75 mg/dL, DB 0.36 mg/dL, SGOT 25 IU/L, SGPT 40 IU/L, ALP 88 IU/L, Alb 4 g/dL, globulin 3.2 g/dL, corrected Ca 8.7, PO₄ 5 mg/dL

Urinalysis: clear, sp.gr. 1.021, pH 5.5, ketone - neg, glucose 2+, urobilinogen - neg, blood 2+, WBC 0-1 cells/HPF, RBC 1-2 cells/HPF, squamous epithelial cell 0-1 cells/HPF, no cast, nitrite - negative

ผล stool examination: no cell, no parasite, stool culture: negative for enteric pathogen, stool for *C. difficile* GDH and toxin A/B: negative, stool PCR for toxigenic strain of *C. difficile*: negative, blood cultures: no growth, urine culture: contamination ผู้ป่วยได้รับยา ceftazidime และ G-CSF

Admission วันที่ 3 อาการถ่ายเหลวหายไป แต่มีอาการไข้ อุณหภูมิ 38.3°C ไม่หนาวสั่นร่วมกับมีแผลในปาก และริมฝีปากซ้าย เจ็บ กินข้าวได้น้อย ได้รับการตรวจเพาะเชื้อใหม่ร่วมกับปรับยาเป็น piperacillin-tazobactam

Admission วันที่ 7 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากขึ้น นอนราบได้ ไม่เจ็บแน่นหน้าอก ยังมีไข้เท่าๆเดิม ไม่หนาวสั่น วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วได้ร้อยละ 89 ขณะที่ไม่ได้รับออกซิเจน

Admission วันที่ 9 ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากเหนื่อยมากขึ้น และหายใจมีลักษณะ accessory muscle use หลังใส่ท่อช่วยหายใจ suction ภายในท่อช่วยหายใจไม่มีเสมหะ

Past history:

1) Osteosarcoma at left 1st metatarsal bone (T1N0M0 stage IA)

วินิจฉัยครั้งแรก 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มาด้วยอาการเจ็บเวลาเดินลงน้ำหนักที่บริเวณนิ้วโป้งเท้าซ้าย 1 ปี ผลชิ้นเนื้อจากการ incisional biopsy ได้ผลเป็น osteosarcoma (fibroblastic subtype)

ผล magnetic resonance imaging บริเวณข้อเท้าซ้าย

- A 0.7×0.3×0.8 cm Lobulated abnormal marrow signal intensity at medial aspect of tibial plafond which connected to subchondral bone showing hyperintense on T2 with enhancement and sclerotic border on CT, possibly benign lesion such as intraosseous cyst

ผล CT chest with contrast

- Several calcified nodules and reticular opacity involving apical segment of RUL with a tiny calcification in RML, probably related to prior tuberculous infection
- A few micronodule along right major fissure in RLL, indeterminate nodules

ผล echocardiogram ก่อนรับยาเคมีบำบัด

- Normal LV size and systolic function estimated LVEF = 60%. No RWMA. Grade 1 diastolic dysfunction



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2565 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในวันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13:00-17:00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 4 ศูนย์สถานการณ์จำลองทางการแพทย์ทหาร
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

2) Pulmonary tuberculosis (smear negative)

- วินิจฉัยเมื่อ 46 ปีก่อนจากการตรวจสุขภาพก่อน entrance
- ผลภาพรังสีทรวงอก: abnormal findings at RUL zone
- ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรครวม 18 เดือน ไม่ทราบสูตรการรักษา
- ได้รับการติดตามภาพรังสีทรวงอกทุกปี ได้รับแจ้งผลว่าปกติ

3) Essential hypertension

- วินิจฉัย 2 ปีก่อนจากการตรวจสุขภาพ
- Office BP: SBP 120-130/DBP 80-90

4) Primary hypothyroidism

- วินิจฉัย 10 ปีก่อนเนื่องจากมีคนในครอบครัวเป็นโรคไทรอยด์

5) Colonic polyp

- วินิจฉัย 3 ปีก่อน จากการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้
- ผล colonoscopy: A 0.2 cm, sessile polyp was seen at sigmoid colon ได้รับการทำ polypectomy
- ผลชิ้นเนื้อ: hyperplastic polyp

Personal and social history:

- ปฏิเสธประวัติดื่มแอลกอฮอล์
- ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่
- ปฏิเสธประวัติใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาสมุนไพร อาหารเสริม
- ปฏิเสธประวัติคู่นอนหลายคน
- ปฏิเสธประวัติการได้รับวัคซีนสัปดาห์หรือสุกใส
- ได้รับ COVID vaccine ทั้งหมด 4 เข็ม ChAdOx-1 nCoV-19 2 เข็ม และ mRNA-1273 2 เข็ม เข็มล่าสุด 3 เดือนก่อน
- ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ล่าสุดปี 2564

Family history:

- ปฏิเสธโรคมะเร็งในครอบครัว

Current medication:

- Amlodipine (5) ½ x1 po pc
- Levothyroxine (50 mcg) 1x1 po ac (ยกเว้นวันเสาร์)
- Plasil (10) 1 tab po prn for nausea and vomiting q 6-8 hr



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2565 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในวันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13:00-17:00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 4 ศูนย์สถานการณ์จำลองทางการแพทย์ทหาร วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

- Senokot 2x1 po hs
- Gaviscon suspension (10 mL) 1 sachet po pc
- Lorazepam (1) 1x1 po hs
- Pegfilgrastim 6 mg sc หลังได้รับเคมี 1 วันหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1

Physical examinations: (ณ admission วันที่ 9)

General appearance:

An adult Thai female, alerted, well co-operative, look distress

Vital signs: BT 38.3°C, BP 142/81 mmHg, PR 100 /min (regular), RR 24 /min BW 45 kg, Height 157 cm, BMI 18.25 kg/m²

Skin and appendages:

No rash, no petechiae, no purpura nor ecchymosis, no eschar, no Janeway lesion, no Osler's node, no spider nevi

Head, eye, ears, nose, neck and throat:

Mild pale conjunctivae, anicteric sclerae, no parotid gland enlargement, multiple hemorrhagic crusted erosions at upper and lower lips, and small painful ulcers on hard palate (ภาพที่ 1)

Pulmonary system:

Trachea at midline, equal chest expansion, no adventitious sound

Cardiovascular system:

Jugular venous pulsation not visualized, apical beat at fifth ICS mid-clavicular line, no heave or thrill, normal S1 S2, no murmur, no extra heart sound

Abdominal examination:

No distension, no superficial vein dilatation, normoactive bowel sound, soft, no tenderness, Murphy's sign – negative, liver and spleen not palpable, liver span 8 cm at right mid-clavicular line, no splenic dullness, no shifting dullness or fluid thrill, no CVA tenderness, fist test negative

Musculoskeletal system:

No pitting edema, no joint swelling, no joint tenderness

Lymph node:

No palpable cervical, supra-clavicular, axillary, epitrochlear lymph node

Neurological examination:

Alerted, oriented to time, place and person, pupil 3 mm RTLBE, full EOM, no facial palsy motor at least grade IV+ all
no neck stiffness



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะรอยโรคที่ริมฝีปาก และเพดานปาก

Laboratory investigations (admission day 9):

Hb 8.4 g/dL, WBC 10,150 /mm³ (neutrophil 86%, lymphocyte 2%, monocyte 3%, eosinophil 0.0%, basophil 0.0%, band form 4%), platelet 35,000 /mm³, PT/INR 14.2 seconds/1.28, PTT 46.3 seconds

BUN 24 mg/dL, Cr 1.55 mg/dL, Na 142 mmol/L, K 2.9 mmol/L, Cl 100 mmol/L, HCO₃ 29 mmol/L

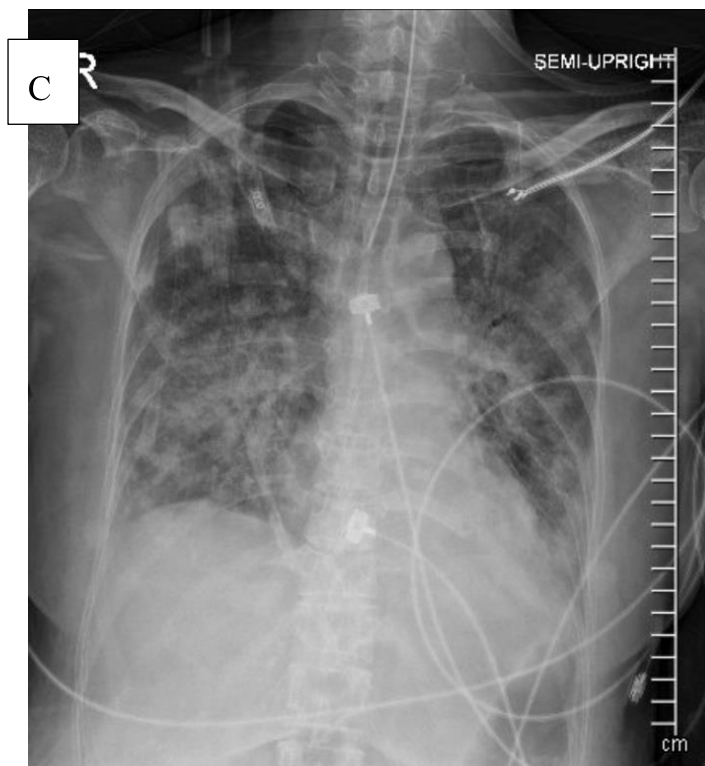
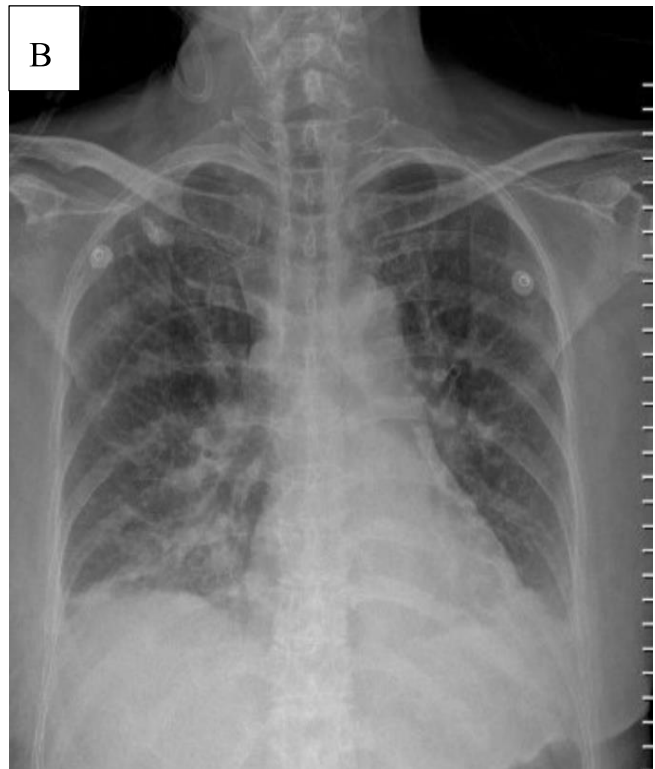
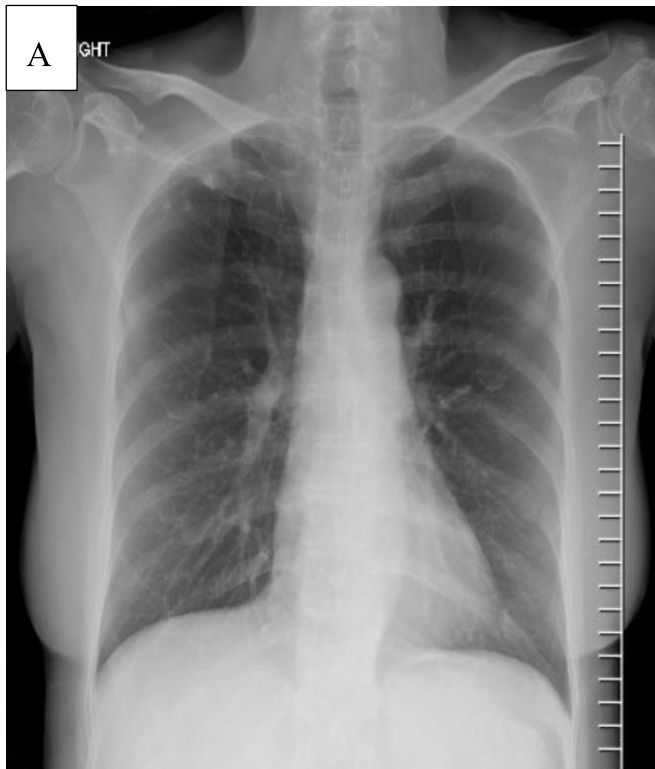
TB 0.88 mg/dL, DB 0.52 mg/dL, SGOT 18 IU/L, SGPT 15 IU/L, ALP 88 IU/L, Alb 2.2 g/dL

Urinalysis: yellow, sp.gr. 1.015, pH 7, protein 1+, glucose - trace, urobilinogen - neg, blood 3+, WBC 5-10 cells/HPF, RBC 3-5 cells/HPF, squamous epithelial cell 0-1 cells/HPF, no cast, nitrite - negative



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2565 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในวันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13:00-17:00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 4 ศูนย์สถานการณ์จำลองทางการแพทย์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

ภาพรังสีทรวงอก admission วันที่ 1 (A) วันที่ 7 (B) และ วันที่ 9 (C) ตามลำดับ



Case summary

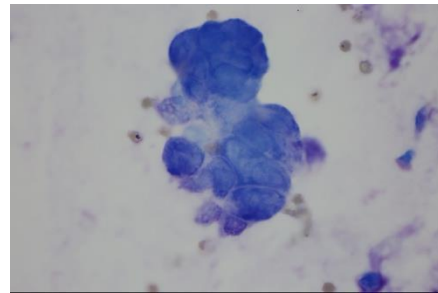
ผล investigation:

Figure 1. Computed tomography of chest



Diffuse ground-glass opacities, smooth inter/intralobular septal thickening and multifocal irregular consolidation

Figure 2. Wright's stain from mini-BAL



Multinucleated giant cells (1000X)

- HSV-1 viral load from mini-BAL > 500,000 copies/mL
- At admission day 16, the patient developed lower gastrointestinal bleeding. Colonoscopy showed 10-cm round clean-based ulcer at terminal ileum with debris on top, as well as multiple 0.5-1.0 cm clean-based ulcers at cecum, ascending colon, and descending colon without bleeding. Biopsy at ileal and cecal ulcers showed large cells with pale chromatin and small nucleoli and large cytoplasm at ulcer, admixed with mixed acute and chronic inflammatory cells and focal histiocytes aggregation.

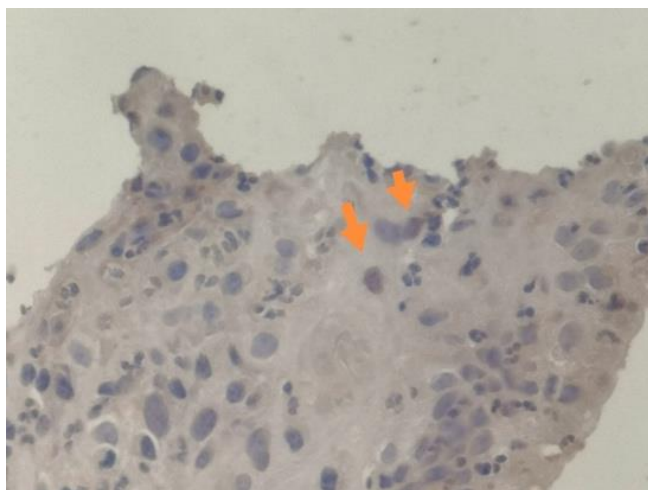


Figure 3. Biopsy of ileal ulcer demonstrated cells with cytopathic change and positive immunohistochemistry for HSV-1 (arrow).



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 5/2565 อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ ในวันพฤหัสบดีที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2565 เวลา 13:00-17:00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 4 ศูนย์สถานการณ์จำลองทางการแพทย์ทหาร
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

○ **Clinical diagnosis:** Disseminated herpes simplex virus type 1 infection

○ **Microbiological diagnosis:** Herpes simplex virus type 1

○ **Management:**

Intravenous acyclovir was administered for 21 days. Successful extubation was achieved three days after acyclovir and oxygen therapy was stopped after a week of acyclovir. There was a complete resolution of oral and mucosal ulcers without a scar. No gastrointestinal bleeding recurred.

○ **Progress:**

The patient was discharged uneventfully after a completion of intravenous acyclovir. Secondary prophylaxis for recurrent HSV-1 infection with oral acyclovir was given. Chemotherapy was withheld and the patient underwent successful surgical resection of osteosarcoma.