



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม 2564 เวลา 13:00-16:30 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ด้วยระบบ Zoom Meeting

Case 2: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 34-year-old woman presented with left-sided chest pain for 5 days”

ผู้นำเสนอ : นายแพทย์คณาวุฒิ ใบพฤกษ์ทอง

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกมลวรรณ จตุวิธกุล

คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Patient Profile: ผู้ป่วยหญิงไทยโสด อายุ 34 ปี อาชีพพนักงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ภูมิลำเนา และที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดสมุทรปราการ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งที่ 3 เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้มาก

Chief Complaint: เจ็บหน้าอกซ้าย 5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

Previous status ช่วยเหลือตนเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดหัวไหล่ข้างซ้าย ปวดทั่ว ๆ หัวไหล่ บอกลักษณะอาการปวดไม่ได้ชัดเจน อาการปวดเป็นตลอดเวลา ยกแขนข้างซ้ายไม่ได้ทำให้ปวดมากขึ้น ยังยกแขนซ้ายได้ปกติ ไม่มีบวมแดงร้อนบริเวณหัวไหล่ ร่วมกับมีอาการปวดแปลบบริเวณภายในหน้าอกข้างซ้าย หายใจเข้าออกถี่ ๆ แล้วปวดมากขึ้น และมีไข้ ไม่หนาวสั่น วัดไข้ได้ 38-39 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด อาการปวดหัวไหล่ไม่ดีขึ้น กินยาพาราเซตามอลแล้วอาการปวดและไข้ดีขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่หายขาด ผู้ป่วยปฏิเสธอาการไอ ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีน้ำมูก ไม่ปวดท้อง ไม่ถ่ายเหลว มีอาการอยู่นาน 5 วัน จึงตัดสินใจไปโรงพยาบาลใกล้บ้านที่โรงพยาบาลชุมชน

Vital signs: BT 40°C, HR 100 bpm, RR 18/min, BP 110/80 mmHg

HEENT: no injected pharynx and tonsils

Lungs: clear, no adventitious sound

Heart: normal S1S2, no murmur

Abdomen: soft, not tender, no CVA tenderness

Extremities: no pitting edema

Lymph node: no lymphadenopathy

CBC: no leukocytosis

Chest X-ray: no infiltration



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม 2564 เวลา 13:00-16:30 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ด้วยระบบ Zoom Meeting

Nasopharyngeal swab for SAR-CoV-2: not detected

Diagnosis: pneumonia

ได้ให้ยา ceftriaxone 2 g IV 1 dose แล้วส่งตัวผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลจังหวัด
ที่โรงพยาบาลจังหวัด

Vital signs: BT 36.6°C, HR 102 bpm, RR 18/min, BP 110/80 mmHg

Lungs: normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: soft, not tender, no guarding

Extremities: no joint swelling and tenderness

Skin: cutaneous LE (ไม่ได้บรรยายรายละเอียดลักษณะและตำแหน่งของผื่น)

CBC: Hb 10.7 g/dL, Hct 34%, WBC 7,700 cells/mm³ (PMN 75%, L 12.7%), platelets 249,000/mm³, Cr 0.54 mg/dL, Na 137 mmol/L, K 3.7 mmol/L, Cl 103 mmol/L, CO₂ 25 mmol/L, TB 0.5 mg/dL, DB 0.4 mg/dL, AST 61 U/L, ALT 85 U/L, ALP 166 U/L, ESR 115 mm/h

UA: protein 1+, WBC 2-3, RBC 3-5

Urine protein 24 h: 357 mg (2,100 ml)

Hemoculture: no growth x 2 specimens

Chest X-ray: no infiltration

Diagnosis: active SLE (cutaneous LE, proteinuria, fever)

Management:

Meropenem 1 g IV q 8 h for 7 days

Prednisolone 15 mg/day for 3 days then

Dexamethasone 4 mg IV q 8 h for 1 day then

Dexamethasone 4 mg IV q 12 h for 4 days then

Prednisolone 40 mg/day

หลังได้รับการรักษา อาการปวดหัวไหล่ อาการปวดหน้าอกด้านซ้ายและไขข้อ

ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลอยู่นาน 9 วัน จากนั้นได้กลับบ้าน ได้ prednisolone 40 mg/day
กลับไปกินต่อ

6 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาตามตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อาการปกติ แพทย์ได้ปรับลดยา
prednisolone ลงเหลือ 30 mg/day



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม 2564 เวลา 13:00-16:30 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ด้วยระบบ Zoom Meeting

5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดหัวไหล่ซ้ายลักษณะเดิม ร่วมกับมีอาการปวดหน้าอกด้านซ้ายแบบเดิม และมีไข้ตัวร้อน ไม่หนาวสั่น จึงมาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

Past history:

1. SLE with mesenteric vasculitis, LN class IV and discoid LE

วินิจฉัยเมื่อ 4 ปีก่อนมาโรงพยาบาล (พ.ศ. 2560) ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มาด้วยอาการท้องเสียถ่ายเหลว 2 สัปดาห์ ต่อมา มีไข้ ท้องอืด เป็น subacute mucous diarrhea และมี partial small bowel obstruction

Stool examination: WBC not found, RBC not found, parasite not found

CT whole abdomen: long segment of rectal wall thickening, up to sigmoid junction with perirectal fat stranding, fat stranding along both common iliac regions, both sides pelvic cavity, mesenteric region colic bifurcation level, ascites, bilateral pleural effusion

EGD with biopsy: erosion at EGJ, diffuse enlarge gastric fold and edematous gastric mucosa

Biopsy pathology: chronic gastritis, no intestinal metaplasia

Colonoscopy with biopsy: diffuse erythematous and edematous of rectal mucosa at rectal wall and sigmoid colon

Biopsy pathology: mild acute erosive colitis, no granuloma seen, no organism seen, suspected ulcerative rectosigmoiditis

ANA 1:80 homogeneous pattern; Anti-dsDNA, ANCA, anti-MPO, anti-PR3, anti-GBM: negative

Diagnosis: suspected mesenteric vasculitis

Management: Steroid with azathioprine อาการถ่ายเหลวดีขึ้น กินยา prednisolone และ azathioprine นาน 10 เดือน อาการดีขึ้นแพทย์จึงให้หยุดยา หลังจากนั้นเมื่อ 3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล (หลังหยุดยามานาน 4 เดือน) ผู้ป่วยมาด้วยอาการถ่ายเหลวอีกครั้ง บวมทั้งตัวและมีผื่นที่ใบหน้า 2 สัปดาห์

PE: discoid rash both ears

UA: protein 4+, WBC 5-10, RBC 3-5 (dysmorphic RBC)

Urine protein 24h: 3,000 mg

ANA 1:640 homogeneous, anti-dsDNA > 800 IU/ml

C3 14.7 mg/dL (76.0-171.0), C4 1.67 mg/dL (10.0-40.0), CH50 <14.24 U/mL (42.0-95.0)

Direct coomb's test: positive 2+

Kidney biopsy: Number of glomeruli (global sclerosis) = 10(0)



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม 2564 เวลา 13:00-16:30 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ด้วยระบบ Zoom Meeting

The glomeruli show granular staining of IgG(3+), IgA(2+), C3(3+), C1q(3+), kappa L.C.(2+), and lambda L.C.(3+) in the mesangium and capillary loops

Pathologic diagnosis: lupus nephritis

Pattern of injury: mesangial proliferative, diffuse endocapillary proliferative, focal membrano-proliferative, focal membranous glomerulonephritis with focal cellular crescents

CT whole abdomen: long segment circumferential bowel wall thickening involving rectum and rectosigmoid colon, recently seen ill-defined enhancing soft tissue lesion anterior to SMA and SMV adjacent to several peripancreatic nodes, probably non-specific mesenteries or conglomerated nodes, diffuse mesenteric fat haziness

Diagnosis: mesenteric vasculitis, LN class IV and discoid LE

Management: pulse methylprednisolone then prednisolone + MMF

อาการถ่ายเหลวและบวมตื้นขึ้น ผื่นจางลง หลังจากนั้นผู้ป่วยได้เข้าร่วมโครงการวิจัยยา anti-CD40 antibody ในโรค lupus nephritis เมื่อ 3 ปีก่อน ศึกษาเปรียบเทียบยา anti-CD40 antibody (BI 655064) กับ placebo โดยได้รับยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังสัปดาห์ละครั้ง ร่วมกับการปรับยา SLE ตามปกติ โดยรับยา MMF, hydroxychloroquine และ prednisolone ล่าสุดได้หยุดยา prednisolone ไปเมื่อ 4 เดือนก่อน ในระหว่างเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติมาตลอดจนกระทั่งมีอาการเจ็บป่วยในครั้งนี้ โดยงานวิจัยนี้ยังไม่ได้เปิดเผยข้อมูลการรักษา หากผู้ป่วยได้รับยา anti-CD40 จริง ยา dose สุดท้ายที่ผู้ป่วยจะได้รับคือเมื่อ 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล

Current medication:

1. MMF 1500 mg/day
2. Hydroxychloroquine 200 mg/day (จันทร์, พุช, สุกร์)
3. Prednisolone 30 mg/day
4. Enalapril 10 mg/day

Personal history:

- ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธการใช้สารเสพติด
- กินอาหารเสริมคอลลาเจนเมื่อ 3 เดือนก่อน หยุดกินมานาน 1 เดือน
- ไม่มีประวัติใกล้ชิดบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค
- ไม่มีสัตว์เลี้ยง

Family history:

- อาศัยอยู่กับบิดา มารดาและพี่สาว
- ไม่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยในช่วงนี้



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม 2564 เวลา 13:00-16:30 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

ด้วยระบบ Zoom Meeting

Physical examination:

General appearance: An adult Thai female, alert, well co-operative

Vital signs: BT 39 °C, HR 120 bpm, RR 18/min, BP 100/60 mmHg

BW 45 kg, Height 164 cm, BMI 16.7 kg/m²

Skin: no rash, no petechiae, no ecchymosis

HEENT: no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no injected conjunctivae, no oral thrush, no oral ulcer, no injected pharynx and tonsils, thyroid not enlarged

Lymph nodes: no palpable superficial lymph nodes

Respiratory system: Trachea in midline, normal thoracic contour, no tender point in chest wall, equal chest expansion, normal resonance on percussion, normal tactile fremitus, equal breath sound, fine crepitation at LLL zone, egophony negative

Cardiovascular system: normal pulse contour, no carotid bruit, no neck vein engorgement, apical beat at 5th ICS in MCL, no heaving, no thrill, normal S1S2, no murmur, no pericardial friction rub, symmetrical peripheral pulsation

Abdomen: no superficial vein dilatation, no distention, normoactive bowel sound, soft, not tender, no guarding, CVA not tender, fist test negative, no palpable liver and spleen, splenic dullness negative, shifting dullness negative

Extremities: Left shoulder: no joint swelling, no redness and tender point around shoulder, full ROM

Other extremities: no edema, no joint swelling, full active and passive ROM all joints

Back: no tender point along spine and back muscle

Nervous system: Mental status: alert, orientate to time-place-person, well co-operative

Normal speech, no dysarthria

Cranial nerve: grossly intact

Motor: no muscle atrophy, motor power grade V all

Sensory: intact

DTR 2+ all, Babinski sign plantar flexion both sides, clonus negative both sides

Cerebellar signs: intact finger to nose test, intact tandem gait



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2564

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 6 พฤษภาคม 2564 เวลา 13:00-16:30 น. การประชุมออนไลน์ (Video Conference)

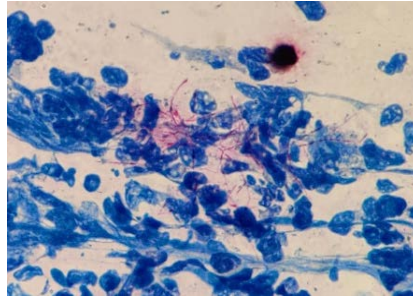
ด้วยระบบ Zoom Meeting

Case summary

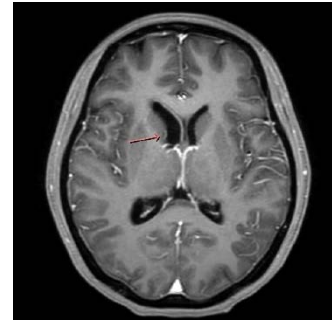
ผล investigation:



CT chest



BAL modified acid-fast bacilli stain



MRI brain T1 with contrast

BAL culture: *Nocardia otitidiscaviarum*

Clinical diagnosis: Pneumonia with myopericarditis with brain abscess

Microbiological diagnosis: Disseminated nocardiosis (*Nocardia otitidiscaviarum*)

Management: Endotracheal intubation, bronchoscopy with transbronchial biopsy and bronchoalveolar lavage, co-trimoxazole IV

Progress: ไข้ลดลง หายใจหอบเหนื่อยลดลง สามารถถอด endotracheal tube ได้ ติดตาม chest X-ray พบว่ามี resolution ของ lung opacity และ heart size มีขนาดเล็กลง