



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

### Case 1: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### “A 61 year-old man presents with diplopia for 4 days”

ผู้นำเสนอ : แพทย์หญิงลัดดารัตน์ ศรีคำ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา : ศาสตราจารย์ ดร. นพ. ชูชนา สวนกระต่าย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Patient profile:** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี อาชีพค้าขายอาหารตามสั่ง ภูมิลำเนาจังหวัดสมุทรปราการ เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก ในเดือนพฤษภาคม 2563 ประวัติได้จากญาติและเวชระเบียน เชื่อถือได้

**Chief complaint:** มองเห็นภาพซ้อน 4 วัน PTA

#### Present illness:

**Status** เดิมทำงานช่วยเหลือตนเองได้ ยกของหนักได้

**10 สัปดาห์ PTA** ผู้ป่วยมีอาการไอมีเสมหะสีขาวข้นปริมาณพอควร ไอไม่สัมพันธ์กับท่าทาง ไอเท่ากันทั้งวัน ร่วมกับมีไข้ตัวร้อน ๆ ตอนเย็น ไม่หนาวสั่น ไม่มีน้ำมูก ไม่มีเจ็บคอ ไม่หอบเหนื่อย นอนราบได้ ไม่มีลูกม่านั่งหอบตอนกลางคืน

**ไปรักษา รพ. แห่งที่ 1** หลังมีอาการไอได้ 3 วัน; ตรวจร่างกาย BT 37°C RR 28/min, injected pharynx, lungs clear ได้ Amoxicillin/clavulanate 2 g/day นาน 3 วัน มารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น

**ไปรักษา รพ. แห่งที่ 2** เนื่องจากอาการไอเสมหะไม่ดีขึ้น ได้ CXR: LLL opacity, sputum AFB negative ทั้ง 3 วัน, sputum C/S no growth ได้รับ Amoxicillin 2 g/day และ Clarithromycin 1 g/day นาน 14 วัน

**8 สัปดาห์ PTA** หลังรับประทานยาจนครบ อาการไอเสมหะสีขาวข้นยังปริมาณเท่าเดิม และไข้ยังไม่ดีขึ้น

**ไปรักษา รพ. แห่งที่ 3** ได้ CXR: LLL opacity ได้ยา Amoxicillin/clavulanate 2 g/day มารับประทาน 14 วัน

**6 สัปดาห์ PTA** ผู้ป่วยยังมีอาการไอมีเสมหะสีขาวข้น และมีไข้ต่ำ ๆ เป็นบางวัน ไม่มีเจ็บแน่นอก รู้สึกเหนื่อยเพลียมากขึ้น นอนมากขึ้น ไม่ค่อยลุกไปทำกิจกรรม เบื่ออาหาร รับประทานได้ลดลง น้ำหนักลด 5 กิโลกรัม ในเวลา 4 สัปดาห์ มีลูกขึ้นมาปัสสาวะกลางคืน 2-3 ครั้งต่อคืน

**ไปรักษา รพ. แห่งที่ 4** ได้ CXR: LLL opacity, DTX 500 mg% วินิจฉัยปอดอักเสบและเบาหวาน ได้รักษาด้วย Ceftriaxone 2 g IV OD (OPAT) นาน 3 วัน และ Amoxicillin 1.5 g/day, Norfloxacin 800 mg/day รับประทานนาน 4 สัปดาห์



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดคอนสาชาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

3 สัปดาห์ PTA	อาการไอดีขึ้น ไอห่าง ๆ เสมหะเล็กน้อย แต่ยังรู้สึกมีไข้ตัวร้อน 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ รู้สึกเวียนศีรษะบ้านหมุน เป็นมาเวลาลูกขึ้นนั่งและเดินไปมา ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน อาการเวียนศีรษะเป็นเกือบทุกวัน ยังรู้สึกเหนื่อยเพลีย
6 วัน PTA	หลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกเวียนศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ต้องนั่งพักบนเตียงและรับประทานอาหารเช้าบนเตียง กลืนอาหารรู้สึกมีอาหารติดในลำคอ กลืนลำบาก รับประทานอาหารและของเหลวแล้วรู้สึกมากกว่าของแข็ง ร่วมกับมีเสียงแหบ เสียงพูดเบาลง ยังพูดชัดปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีหน้าหรือปากเบี้ยว ยังมีไข้ต่ำ ๆ ไม่หนาวสั่น
5 วัน PTA	อาการกลืนอาหารผิดปกติและเสียงแหบไม่ดีขึ้น จึงไปรักษาที่รพ. ใกล้บ้าน พบแพทย์หูคอจมูก ตรวจ FOL: Right true vocal cord paralysis, pooling saliva R/O mass at neck
4 วัน PTA	ผู้ป่วยยังมีการเวียนศีรษะบ้านหมุน แขนขาอ่อนแรง รู้สึกอ่อนแรงมากกว่าแขน ยังจับช้อนรับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีข้อหลุดมือ สามารถลุกขึ้นทรงตัวเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยพยุงเวลาเดิน สังเกตขาขวาลำบากเวลาเดิน เดินเซไปด้านขวา มีมองเห็นภาพซ้อนในแนวราบเมื่อกรอกตามองไปด้านขวา มองตรงไปข้างหน้าไม่เห็นภาพซ้อน ไม่ได้ลองปิดตาว่าภาพซ้อนหายไปหรือไม่ ไม่มีตาแดง ไม่เจ็บตา ไม่ปวดศีรษะ ยังมีเสียงแหบ เวียนศีรษะและไข้ต่ำ ๆ
18 ชั่วโมง PTA	ตื่นมาตอนเช้า ญาติสังเกตว่าตาทั้งสองข้างมองไปด้านซ้ายตลอด กลอกมาทางขวาไม่ได้ ยังหลับตาได้ ผู้ป่วยเอาโทรศัพท์ขึ้นมาดูบอกว่ามองเห็นภาพไม่ชัด มีน้ำไหลจากมุมปากขวามุมปากด้านขวาเบี้ยว ยังเดินเซไปด้านขวาและอาการอ่อนแรงแขนขาพอเดิม จึงมารพ. เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 11 กิโลกรัม ใน 3 เดือน (น้ำหนัก 72 กิโลกรัม เป็น 61 กิโลกรัม)

### Past history:

1. Diabetes Mellitus type 2
- วินิจฉัย 1 เดือน PTA ไปตรวจด้วยอาการไอ และน้ำหนักลด ตรวจ Random plasma glucose 500 mg%
- ไม่ทราบ Micro/Macrovascular complications
- มีลูกขึ้นมาสสาวะกลางคืน 2-3 ครั้งต่อคืน นาน 1 ปี

### Personal history:

- ประวัติไปพักบ้านที่จังหวัดกาญจนบุรี แต่ไม่ได้ไปเที่ยวบริเวณแม่น้ำ เมื่อ 3 สัปดาห์ก่อน
- ปฏิเสธสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค
- สูบบุหรี่ 30 pack year เลิกมา 3 เดือน



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดคอนสาชาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

- ปฏิเสธประวัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ปฏิเสธประวัติรับประทานยาเสพติด ใดๆ
- ปฏิเสธใช้สารเสพติด หรือใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือด
- ปฏิเสธมีคู่นอนหลายคน หรือมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกัน
- ปฏิเสธใช้ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน
- ปฏิเสธคนในละแวกบ้านมีอาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาหารเป็นพิษ

### Family history:

- อาศัยที่บ้านเช่า อยู่กับภรรยา ไม่มีบุตรด้วยกัน
- มีพี่น้อง 7 คน ไม่ทราบว่าพี่น้องคนอื่น ๆ มีโรคประจำตัวหรือไม่

### Current medication:

- Metformin (500) 1×2 po pc
- Glibenclamide (5) 1×2 po ac
- Amoxicillin 1.5g/day and Norfloxacin 800 mg/day; หยุดรับประทานมา 1 อาทิตย์

### Physical examination:

- A middle-age Thai male, awake, alert, oriented to time, place, and person, fairly co-operative

**Vital signs:** BP 157/84 mmHg, PR 110 bpm, BT 37.6°C, RR 20 bpm, SpO2 RA 97%, BW 61 kg, Height 174 cm, BMI 20.1 kg/m<sup>2</sup>

### Neurological examination:

- Mental status: Alert, oriented to time/place/person
- Speech: spastic dysarthria, hoarseness of voice, intact fluency, comprehension, repetition and naming
- Cranial nerves are shown below:
- Pupils 3 mm RTLBE, RAPD negative, normal VF by confrontation
- Force eye deviation to left side, cannot correct with VOR, limit right lateral gaze 0%, upward 20%, no ptosis
- No corneal reflex at right eye



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดคณะสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

- Right facial palsy LMN type, decreased facial sensation at right side
- Hearing loss right ear (Rt. ear Rinne AC>BC, Weber lateralization to right)
- Uvula in midline, decreased gag reflex at right side
- Tongue deviation to right
- Motor; Normotonia, pronator drift at right arm

Motor power	Right	Left
Upper extremity	IV+/IV+	V/V
Lower extremity	IV/V	V/V

- DTR 2+ all
- BBK: Plantar flexion both sides
- Sensation: Decreased pinprick sensation right side of face and trunk, impaired proprioception both lower limbs
- Stiff neck: Negative
- Cerebellar signs: Finger to nose: impaired in the right, heel to knee: impaired in the right, truncal ataxia to right

**HEENT:** no pale conjunctivae, anicteric sclerae, no thyroid gland enlargement

**Skin:** no rash, no petechiae, no ecchymosis, no palpable purpura, normal nails, no clubbing fingers

**Respiratory system:** normal thoracic contour, trachea in midline, equal chest expansion, equal breath sounds, no adventitious sounds

**Cardiovascular system:** no neck vein engorgement, regular pulses, apical impulse at 5<sup>th</sup> ICS MCL, no heaving, no thrills, normal S1S2, no murmur

**Abdomen:** soft, not tender, liver span 8 cm, splenic dullness negative, shifting dullness negative

**Extremities:** no pitting edema, no deformities, no joint swelling/warmth/tenderness

**Lymph node:** no superficial lymphadenopathy

**Rectum:** PR yellow fecal content, normal sphincter tone



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดคอนสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

### Investigations

**CBC:** Hb 13.2 g/dL Hct 39.8% MCV 81 fL WBC 10,120/mm<sup>3</sup> PMN 72 % Lymph 20.3% platelets 330,000/mm<sup>3</sup>

**Blood chemistry:** BUN 10, Cr 0.74, Ca 9.2, PO4 2.9 mg/dL, Na 129, K 3.5

Cl 94, HCO<sub>3</sub> 24, Mg 0.77 mmol/L, Random plasma glucose 302 mg%

**LFT:** Glo 4.2, TP 8, Alb 3.8 g/dL, TB 0.96, DB 0.38 mg/dL, AST 9, ALT 9, ALP 94 U/L

**Hemoculture:** No growth 2 specimens

### Chest X-ray:



CXR จาก รพ. แห่งที่ 1 เมื่อ 10 สัปดาห์ก่อน



CXR จาก รพ. แห่งที่ 2 เมื่อ 8 สัปดาห์



CXR จาก รพ. แห่งที่ 3 เมื่อ 6 สัปดาห์ก่อน

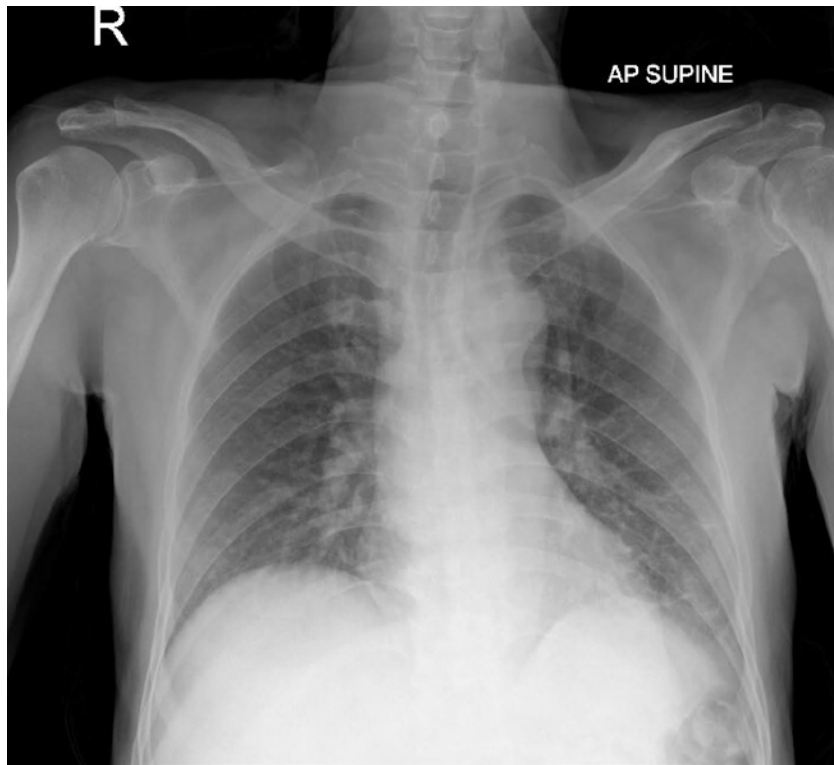


## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดคอนสาชาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

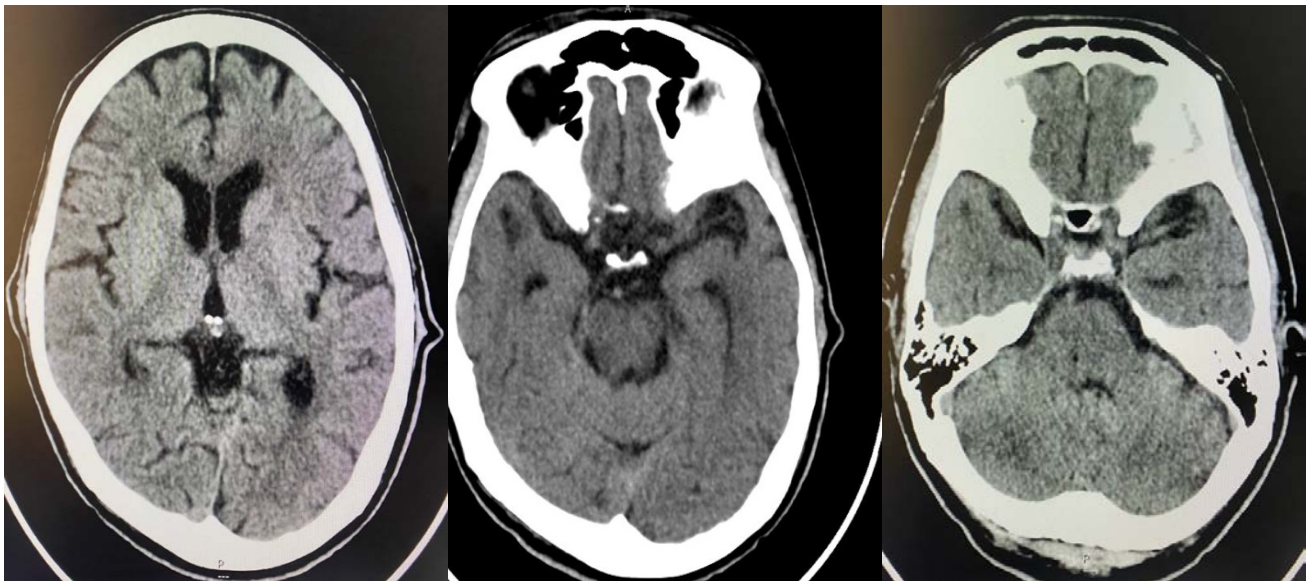
วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ



Chest X-ray รพ.จุฬาลงกรณ์

### CT brain Non contrast:



- No evidence of acute intracranial hemorrhage or acute large territorial cerebral infarction
- Suspected tiny hypodense lesion involving left external capsule, probably lacunar infarction
- Mild brain parenchymal volume loss





## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

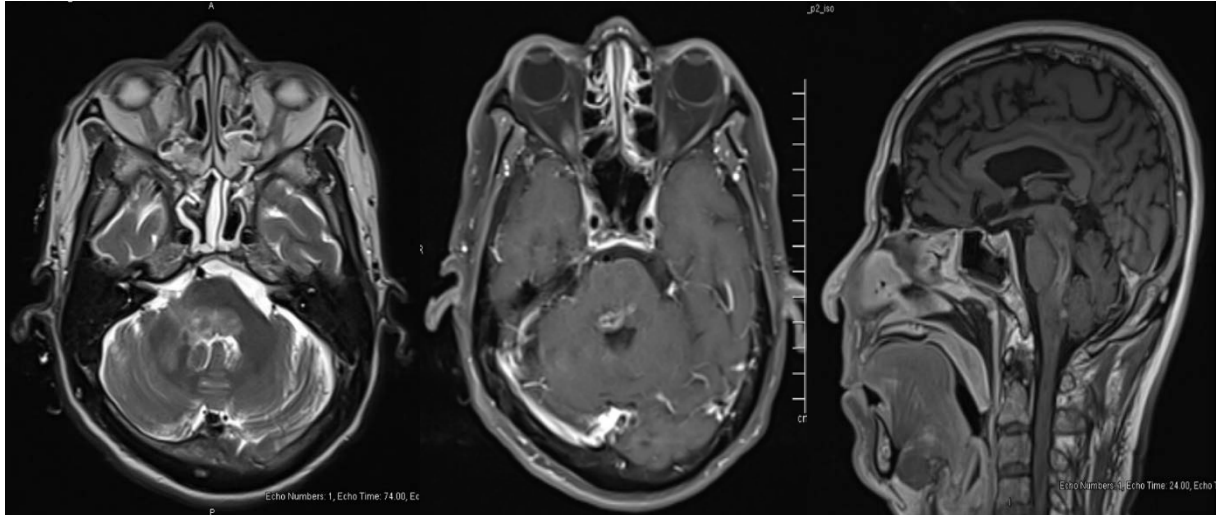
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดคอนสาชาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

### Summary

#### ผล investigation



**MRI brain** (1) T2-weighted axial view discloses a hyperintense lesion in the right side dorsal pons and mild enhancement along right CNVII/VIII, (2) T1-weighted with contrast axial view discloses irregular-shape rim-enhancing lesion at right dorsal pons, (3) T1-weighted with contrast sagittal view discloses a hyperintense lesion involving nearly entire medulla, dorsal pons, midbrain tectum and tegmentum and cerebellar peduncle

#### Sputum:

G/S: Moderate Gram positive cocci in chains, Few Gram negative rods

C/S: no growth

C/S (Strep/Staph agar plate): Negative for *Listeria* spp.

AFB: negative for 3 days

PCR for MTBC: negative

#### Lumbar puncture:

Turbid yellowish, opening pressure 16 cmH<sub>2</sub>O, closing pressure 10 cmH<sub>2</sub>O

Glucose (CSF/plasma) 118/169 mg/dL, Protein 126 mg/dL

WBC 271 cells/cu.mm, PMN 26%, Mono 74%, RBC 0 cell.cu.mm

G/S: negative

C/S bacteria: no growth

Bacterial identification: negative

PCR for MTBC: negative

CSF for meningitis/encephalitis panel: negative



## การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2563

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 13 สิงหาคม 2563 เวลา 13:00 - 16:30 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

---

CSF for autoimmune encephalitis antibody: negative

CSF cytopsin: numerous atypical lymphoid cells differential diagnoses

include reactive and lymphoproliferative disorder

Melioid Ab: 2560

Anti-HIV: negative

Median sub-occipital craniectomy with brain stem biopsy and drainage;

Pathology: Organizing inflammation with focal necrosis, consistent with abscess

G/S: no organism

AFB: negative

mAFB: negative

GMS: negative

PCR for MTB: negative

Bacterial identification: negative

C/S for bacteria: *Burkholderia pseudomallei*

**Clinical diagnosis:** Melioidosis rhombencephalitis

**Microbiological diagnosis:** *Burkholderia pseudomallei*

**Management:** Ceftazidime 2 g IV q 6 hr for 3 weeks then co-trimoxazole (400/80) 3x2 po pc for 6 months

**Progress:**

- Follow up of MRI brain after 3-week course of ceftazidime revealed decreased sizes of the multiple rim enhancing and nodular enhancing lesions at right-sided dorsal medulla, dorsal pons, right-sided midbrain, right superior cerebella peduncle and right cerebellar hemisphere

-Status prior to discharge:

Mental status; stuporous, responded to pain stimuli (E2-3M4Vt)

Motor; quadriparesis, motor power of right side: gr. I, left side: gr. III