

INTERHOSPITAL CASE CONFERENCE ON INFECTIOUS DISEASES ครั้งที่ 2/2557



จัดโดย
สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม วีรานุวัตต์ ตึกอักษางค์ ชั้น 4
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศาสตร์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Case 1 :: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อ 28 มกราคม 2557 ประวัติได้จากผู้ป่วย,ญาติและเวชระเบียน

Patient profile: ชายไทยคู่ อายุ 58 ปี อาชีพรับราชการครู ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัด ปัตตานี

Chief complaint: ปัสสาวะ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น

1. HT 22 ปี baseline BP 130-140/60-80 mmHg
 2. Old intracerebral hemorrhage with left hemiparesis วินิจฉัยเมื่อปี 2536 full recovery
 3. Adult polycystic kidney disease (ADPKD) วินิจฉัยเมื่อปี 2536 ร.พ.หาดใหญ่
 4. End stage renal disease from ADPKD วินิจฉัยปี 2543 ได้รับการผ่าตัด cadaveric kidney transplant 7 ก.พ 2545 ร.พ.ศิริราช (ผล serology: Donor CMV IgG ไม่ทราบ, Recipient CMV IgG positive) หลังปลูกถ่ายอวัยวะได้ prednisolone 20 มก./วัน, cyclosporine 350 มก./วัน, หลังจากนั้นผู้ป่วยมาติดตามการรักษาโดยตลอด ผลการทำงานของไตดีขึ้น baseline Cr 0.8 และลดยากดภูมิคุ้มกันได้เรื่อยๆ
- Status เดิมเมื่อ 3 เดือนก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเดินได้ ขับรถไปทำงานเองได้

2 ปีก่อน (ต.ค 2555) ขาบวม 2 ข้าง, มี proteinuria UPCr 2-3, Cr เพิ่มขึ้นจาก 0.8 เป็น 2.0 ทำ Kidney biopsy (22 ต.ค 2556) พบมี glomerulitis and transplant glomerulopathy suggestive of antibody-mediated rejection ได้รับการรักษาด้วย IVIg รวม 120 กรัม และเพิ่มยากดภูมิคุ้มกันเป็น mycophenolate mofetil 1,500 มก/วัน, tacrolimus 3 มก/วัน, prednisolone 20 มก/วัน หลังจากนั้นอาการดีขึ้น ขาบวม baseline Cr 1.5

3 เดือนก่อน (29 ต.ค 2556) ได้รับการวินิจฉัยเป็น CMV colitis มาด้วยถ่ายดำและซีสต์ colonoscopy (1 พ.ย 2556) พบ multiple outpouching lesions without bleeding stigmata at sigmoid colon เข้าได้กับ sigmoid diverticulosis ผล tissue pathology (ileum) พบ marked active ileitis with rare CMV viral inclusions (CMV immunostain positive) ได้รับการรักษาด้วย Gancyclovir 150 mg IV OD (26 พ.ย 2556 – 4 ม.ค 2557) หลังจากนั้นถ่ายอุจจาระปกติ ติดตาม CMV viral load ลดลงจาก 1,434 เป็น 47 copies/ml

1 เดือนก่อน ได้เข้ารับการรักษานร.พ.หาดใหญ่ (28 ธ.ค 2556-21 ม.ค 2557) ด้วย 1 สัปดาห์มีไข้สูงไม่หนาวสั่น ถ่ายเหลว 3-4 ครั้ง/วัน ไม่ปวดท้อง คิดถึง CMV colitis เดิม ให้ gancyclovir IV ต่อ แต่ต่อมาตรวจเลือดพบ



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วิมานวัตต์ ดิโกอัฒจันทร์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มีเม็ดเลือดขาวต่ำและ Cr เพิ่มขึ้นจาก 2 เป็น 3.3 จึงหยุดยา gancyclovir หลังจากนั้น ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูงอยู่ จึงให้ Imipenem 1 สัปดาห์ ไข้ต่ำลง แต่ยังมีไข้อยู่ ไม่ถ่ายเหลว ร่วมกับผลเพาะเชื้อในเลือดไม่พบเชื้อ แพทย์จึงหยุดยา และให้มาติดตามการรักษาต่อที่ร.พ.ศิริราช

1 สัปดาห์ก่อน ยังคงมีไข้ต่ำๆ บางวันมักเป็นเวลากลางคืน ไม่หนาวสั่น เริ่มปวดสะโพกซ้ายตรงขาหนีบ ร่วมกับเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านซ้าย (บริเวณที่มี transplanted kidney) อาการเป็นมาเรื่อยๆ ไม่ร้าวไปที่ใด ปวดหลังบริเวณบั้นเอวไม่ร้าวไปที่ใด ขาไม่อ่อนแรง ญาติสังเกตว่าไม่ค่อยลุกเดิน เนื่องจากขยับสะโพกซ้ายแล้วปวดรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด 7 กก. ใน 2 เดือน (62 กก. เป็น 55 กก.) ไม่ถ่ายมูกปนเลือด ปัสสาวะปกติ ไม่ไอ ไม่เจ็บหน้าอก นอนราบได้ ไม่เคยมีอุบัติเหตุใดๆ ครั้งนี้มาตรวจตามนัดจึงได้รับไว้ในโรงพยาบาล

Past history:

เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลดังกล่าวข้างต้น

Personal history:

ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยใช้สารเสพติด ไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรค polycystic kidney disease

Current medication:

Tacrolimus (1) 1 cap AM 1 cap PM, Tacrolimus (0.5) 1 cap PM, Mycophenolate mofetil (500) 1 tab AM, Mycophenolate mofetil (500) 1 tab PM, Prednisolone (5) 1 x 1, Diltiazem (60) 1 x 2, Doxazosin (2) 1 x 1, Folic 1 x 1, FeSO₄ 1 x 1, CaCO₃ (1) 1 x 1, Atorvastatin (20) 1 x 1

Physical examination

VS: T 38.5°C, P 120/min, RR 18/min, BP 130/90 mmHg, BW 55 kg

GA: good consciousness, mildly pale, no jaundice, pitting edema 2+, puffy eyelids

Skin: no rash, no petechiae

HEENT: no oral thrush, no oral ulcer

LN: no superficial lymph node enlargement



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศึกษา ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

CVS: JVP 3 cm above sternal angle, PMI at 5th ICS, MCL, no heaving, no thrill, normal S₁ and S₂, no murmur

RS: crepitation LLL

Abdomen: soft, no distension, normal bowel sounds, palpable kidney graft with moderate tenderness at LLQ, liver and spleen not palpable, liver span 10 cm, bimanual palpation negative, CVA not tender, left psoas sign positive

Extremities: no spine tenderness, limit ROM of left hip due to pain, no sign of inflammation

NS: orientated to time, place and person, right facial palsy (UMN), full EOM, left hemiparesis grade 4 (same as previous examination), no stiff neck

Laboratory investigations (28 ม.ค. 2557)

1. CBC: Hb 8 g/dL, Hct 27.4%, WBC 14,880/mm³ (N 94%, L 1.6%, M 3.9%), Plt 267,000/mm³
2. UA: pH 8.0, Sp.gr.1.009, Protein 2+, Sugar -, WBC 10-20/HPF, RBC 2-3/HPF, bacteria rare
3. BUN 64 mg/dL, Cr 3.29 mg/dL, Na 130 mEq/L, K 3.8 mEq/L, Cl 91 mEq/L, HCO₃ 25 mEq/L
4. TB 0.5 mg/dL, DB 0.28 mg/dL, AST 40 U/L, ALT 27 U/L, ALP 69 U/L, alb 2.5 g/dL, glob 3.1 g/dL
5. Chest X-ray (28 ม.ค. 2557)



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณางค์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิกิจ วีรานุวัตต์ ตึกอักษณาศึกษา ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Case 2 :: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2556

Patient profile: หญิงไทย อายุ 36 ปี อาชีพขายผลไม้ ภูมิลำเนา อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Chief complaint: ไข้ และปวดศีรษะ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness:

4 วันก่อน มีไข้สูง เป็นๆ หายๆ ไม่หนาวสั่น เป็นทั้งกลางวัน และกลางคืน ปวดศีรษะตื้อๆ บริเวณหน้าผาก และรอบเบ้าตา ทั้งสองข้าง เป็นทั้งวัน คลื่นไส้ มีอาเจียน 1 ครั้ง กินอาหารได้น้อย ไม่มีอาการอื่น

3 วัน ยังมีไข้ อาการปวดศีรษะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีปวดบริเวณต้นคอ เป็นทั้งวัน ร่วมกับมีอาการคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน มารดาสังเกตว่าผู้ป่วยดูซึมลง นอนหลับมากขึ้น ยังรู้สึกตัว ตอบสนองได้ ขยับแขนขาทั้งสองข้าง ได้ปกติ

2 วัน ยังมีไข้สูง และปวดศีรษะทั่วๆ มากขึ้น เริ่มมีหนังตาซ้ายตก ขยับแขนและขาขาได้น้อยลง แม่สังเกตว่าดูซึม นอนมาก กินได้น้อยลง เดิน และทำกิจวัตรประจำวันตามปกติไม่ได้ จึงมา รพ.

Past history:

- SLE วินิจฉัยเมื่อ 11 ปีก่อน ที่จังหวัดปทุมธานี ด้วย Criteria 1). Malar rash 2). Polyarthritits 3). Positive ANA 1:320 speckle 4). Direct coombs' test positive 5). Proteinuria
- 4 ปีก่อน (มิ.ย. 2553) relapses LN เริ่มมีอาการบวม มาติดตามอาการตรวจพบ UPCR 6.2, urine protein 3+, RBC 10-20 /HP, WBC 3-5 /HP ได้รับ induction therapy cyclophosphamide นาน 6 เดือน ปรับ prednisolone 10-15 มก./วัน ต่อด้วย mycophenolate mofetil 1,500 มก./วัน, prednisolone 5 มก./วัน และได้ prophylaxis ด้วย cotrimoxazole SS 1เม็ด/วัน หลังจากนั้นอาการบวมดีขึ้นเรื่อยๆ UPCR 0.12 ปรับลดยา mycophenolate mofetil ลงและหยุดไป เมื่อ ก.พ. 2554 หลังจากนั้นได้รับ azathioprine 50 มก./วัน, prednisolone 5 มก./วัน และได้ prophylaxis ด้วย cotrimoxazole SS 1เม็ด/วัน ทานต่ออยู่ 1 ปี 6 เดือน (หยุดไป ก.ค. 2555) ติดตามอาการดีขึ้น สามารถลดยาลงเหลือ แต่ prednisolone 5 มก./วัน
- 18 เดือนก่อน ไม่บวม มาติดตามอาการเป็นประจำ ปรับยาเหลือ prednisolone 5 มก./วัน อย่างเดียวมาตลอด
- 5 เดือนก่อน มีอาการบวมขึ้นใหม่ UPCR 1.46 urine protein 2+, RBC 2-3 /HP, WBC 1-2 /HP จึงได้ปรับยาเป็น prednisolone 15 มก./วัน มาติดตามอาการยังมีอาการบวมขึ้นเรื่อยๆ
- 6 สัปดาห์ก่อน UPCR 4.9 urine protein 2+, RBC 10-20, WBC 5-10/HP จึงได้รับเป็น mycophenolate mofetil 1000 มก./วัน, prednisolone 30 มก./วัน



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศาสตร์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Personal history: ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ปฏิเสธเข้าป่า ดูน้ํ้า, ไม่เลี้ยงสัตว์, ไม่กินอาหารสุกๆ ดิบๆ

Current medication

-Prednisolone 30 mg/day

-Mycophenolate Mofetil 1,000 mg/day

-Enalapril 5 mg/day

-Simvastatin 10 mg/day

-Furosemide 40 mg/day

-Calcium carbonate 1,250 mg/day

-Vitamin D2 20,000 IU weekly

Physical examination

V/S: T 39.1°C, PR 96 /min, RR 26 /min, BP 140/88 mmHg

GA: drowsiness, not well cooperated

Skin: no rash, no discoid rash, no malar rash

HEENT: not pale conjunctiva, not icteric sclera, pharynx and tonsils not injected, no oral ulcer

Lymph node: no superficial lymphadenopathy

Heart: regular and equal pulses, apical beat at 5th ICS MCL, no heave, no thrill, normal S1, S2, no murmur

Lungs: normal breath sound, no adventitious sound

Abdomen: normal contour, normoactive bowel sound, soft, not tender, liver and spleen cannot be palpated, no ascites

Extremities: no edema, no petechiae, no deformity

Neurological examination:

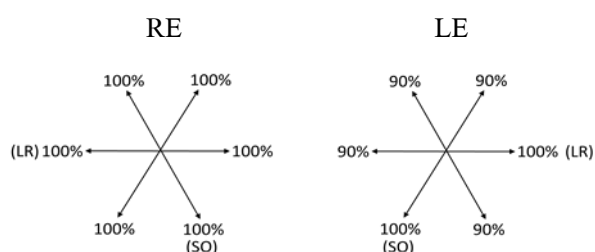
Consciousness: Drowsiness, ทำตามสั่งได้ช้าๆ, E3V5M6

Cranial nerves

CN II: RE 2.5 mm RTL, LE 4 mm SRTL, RAPD negative both eyes, eye ground: mild Lt optic disc swelling

CN III, IV, VI: ptosis Lt eye

EOM





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วิมานวัตต์ ตึกอักษณาศาสตร์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

CN V: normal V1, V2, V3 sensation, corneal reflex, normal masseter and pterygoid power

CN VII: no facial palsy

CN VIII: normal hearing

CN IX, XI: uvula at midline, normal gag reflex

CN XII: no atrophy of tongue, no fasciculation, no tongue deviation

Muscle system:

Muscle tone: hypertonia at right side

Pronator drifts at right side

Motor power:

Rt	Lt
IV	V
IV	V

Sensory system: normal pinprick sensation and proprioception cannot be evaluated

Cerebellar signs: no nystagmus, normal finger to nose and heel to knee test, tandem gait cannot be evaluated

Deep tendon reflex:

3+	2+
3+	2+
3+	2+
3+	2+

Babinski's sign: plantar response

Clonus: absent

Stiffness of neck: negative

Laboratory investigations

1. CBC: Hb 12.0 g/dL, Hct 35.5%, MCV 90.3 fL, WBC 11,310 cells/mm³ (PMN 88%, L7%, M 5%), Platelets 288,000 cells/mm³
2. BUN 13.4 mg/dl, Creatinine 1.0 mg/dl, Na 137 mmol/L, K 4.7 mmol/L, Cl 99 mmol/L, HCO₃ 24 mmol/L



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศึกษา ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

3. TB 0.15 mg/dl, DB 0.07 mg/dl, AST 36 U/L, ALT 28 U/L, ALP 103 U/L, alb 2.5 g/dl, glob 3.1 g/dl
4. CXR: as figure





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศาสตร์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Case 3 :: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รับไว้ในโรงพยาบาลจุฬา เป็นครั้งที่ 4 เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2557, ประวัติได้จากญาติและเวชระเบียน

Patient profile: ผู้ป่วยชายไทยโรค อายุ 27 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ ช่วยเหลือตัวเองได้ พูดน้อย ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน ลพบุรี

Chief complaint: ไข้สูง 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล

Present illness: 2 เดือนก่อนมารพ. ผู้ป่วยไม่ค่อยมีแรงที่ขา 2 ข้างพอกันทั้งสองข้าง ขึ้นบันไดไม่ไหว ยังเดินได้ ไม่มีแขนอ่อนแรง ไม่ขา ปัสสาวะอุจจาระปกติ ปฏิเสธปวดหลังหรือปวดศีรษะ อาการค่อยๆเป็นมากขึ้น เวลาจะเดินต้องมีคนช่วยประคอง ต่อมาเริ่มมีแขนอ่อนแรง 2 ข้าง ดักข้าวเข้าปากไม่ไหว ไม่ได้สังเกตว่ากล้ามเนื้อลีบลงกว่าเดิม ไม่มีกล้ามเนื้อเด่นกระดูก

1 เดือนก่อนมารพ. เริ่มนอนติดเตียงมากขึ้น พูดน้อยลงกว่าเดิม ถามตอบได้แต่ช้าๆ เสียงปกติ เริ่มจับข้อไม่ไหว ต้องให้ญาติป้อน เลี้ยวอาหารได้ปกติ ไม่มีน้ำไหลมูกปาก ไม่สับสน ปัสสาวะบางทีกลั้นไม่ไหวผู้ป่วยจะกดกริ่งเรียกญาติให้เอาโถมาให้ ไม่บ่นชา เวลาประคองเดินญาติ สังเกตว่า แขนขาทั้งสองของผู้ป่วยเกร็ง และจะงอหลัง ไม่มีอาการไข้ /ปวดศีรษะ/กลั้นไม่เอาเจียน /ปวดหลัง /ไม่มีชักเกร็งกระดูก ฟกตัวเองเริ่มไม่ไหว ยังคงทานยาที่ทานประจำปกติ ผลที่หน้าแข้งด้านขวามีลักษณะพองๆเดิม ไม่มีหนอง ไม่ปวด ขนาดไม่ได้ใหญ่ขึ้นในช่วงเดือนนี้

5 วันก่อนมารพ. มีไข้สูงเกือบทั้งวัน ไม่มีหนาวสั่น อาการอ่อนแรงเป็นเท่าเดิม ผลที่ขาลักษณะเหมือนเดิม ไข้ไม่ลงญาติจึงพามารพ.

Past history:

1. X-linked agammaglobulinemia

- มีประวัติ recurrent sinusitis, recurrent pneumonia, recurrent skin abscess ที่ศีรษะ หน้าใบหู และขา ตั้งแต่ อายุ 7 เดือน
- อายุ 13 ปี ป่วยเป็น bacterial meningitis (*Streptococcus pneumoniae*)
- อายุ 16 ปี ป่วยเป็น pneumonia with complication s/p pneumonectomy
- อายุ 18 ปี ป่วยเป็น septic arthritis
- อายุ 20 ปี ป่วยเป็น TB lung



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศึกษา ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- อายุ 23 ปี Dx campylobacter jejuni pericarditis มาด้วยไข้ เหนื่อย ไปโรงพยาบาล Dx cardiac tamponade , pericardial fluid gram stain: gram negative rod, pericardial culture- not done, H/C : *Campylobacter jejuni*, treatment : ampicillin, clindamycin, amikacin 10 วัน

Work up primary immunodeficiency

CD19 (B cell) 0%, IgG, IgM, IgA-undetectable, CD4=1,083(21%), CD8=3,815(74%), CD3=5,000(97%), BTK mutation

Dx: X-linked agammaglobulinemia, Rx IVIG q 1 month (Start 3 ปีก่อน), 3 เดือนก่อน IgG=808 mg/dL

2. Chronic hepatitis 3 ปี

2.5 ปีก่อน checkup lab พบ AST 80 U/L , ALT 150 U/L, ALP 236 U/L, HbsAg -ve, AntiHbs +ve, Anti-HCV -ve,

ANA<60, Anti smooth muscle -ve, Antimitochondrial Ab:-ve, Anti dsDNA:-ve, Ceruloplasmin: 27(20-60)

U/S upper abdomen: no liver mass, no abdominal lymphadenopathy

Liver biopsy: Portal and periportal inflammation with mild portal fibrosis, drug induced versus AIH

3. History of colicky abdominal pain and significant weight loss (4 kg/2 months)

6 เดือนก่อน ปวดท้องทั่วๆไปบีบๆน้ำหนักลด 4 กิโลกรัมใน 2 เดือน

U/S Abdomen: normal

EGD: Acute gastritis, Reflux esophagitis

Colonoscopy: Internal hemorrhoid without complication

CT abdomen: Circumferential wall thickening involving upper rectum and sigmoid colon.

Double-balloon enteroscopy: -Duodenum and Jejunum-normal mucosa, Ileum-normal mucosa

Biopsy: no pathologic abnormality

3 เดือนก่อน Rx: omeprazole 40 mg/d, Ranitidine 150 mg/d —> clinical improved



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วิมานวิทย์ ตึกอักษณาศึกษา ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

4. Chronic ulcerative with violaceous and undermined border at right leg for 4 months

4 เดือนก่อน เริ่มมีแผลที่หน้าแข้งขวาเดิม แผลแตกออกใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ มารพ.

G/S: no organism, AFB-ve, mAFB-ve, Wright stain:+ve for budding yeast with pseudohyphae

C/S for aerobe and anaerobe: NG, C/S for fungus: NG, C/S for TB: NG

Pathology report: densely diffuse mixed inflamed infiltration predominantly neutrophils and lymphohistiocytes in the entire dermis, few foreign body granuloma → Imp: Pyoderma gangrenosum

รักษาด้วย prednisolone 20-30mg/d อาการไม่ดีขึ้น แผลใหญ่พองๆเดิมไม่ลามมากขึ้น

Current medication

Prednisolone 20 mg/d, Motilium 30mg/d, Colofac 1x3 pc, Lactulose 30 ml, Ranitidine 300 mg/d, IVIG monthly

Personal history: ปฏิเสธสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา ปฏิเสธใช้ยาสมุนไพร

Family history: ไม่มีญาติเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ติดเชื้อบ่อยๆ หรือเสียชีวิตตั้งแต่เด็ก

Physical examination

GA: A young Thai male, drowsiness

VS: T 38.0 °C, PR 100 /min, RR 16 /min BP 95/60 mmHg

HEENT: not pale conjunctiva, no icteric sclera

Heart: normal S1 and S2, no murmur

Lung: normal breath sound

Abdomen: no distension, normoactive bowel sounds, soft, not tender, no guarding, liver span 8 cm, splenic dullness –negative, shifting dullness - negative

Extremities: right leg- erythematous base ulcer, size 7x5 cm, hyperpigmented border, necrosis and crust on top with contact bleeding



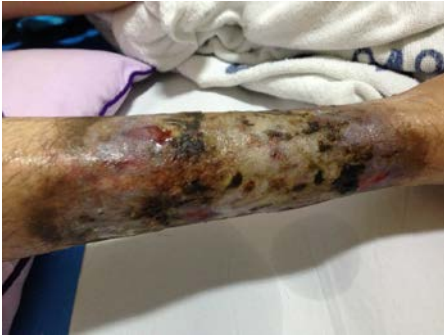
การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกุล ตึกอักษณาศึกษา ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



PR: yellow stool, normal sphincter tone

Neurological examination:

Cerebral functions: drowsiness, orientated to time-place-person, delayed response, can follow two step command, no aphasia,

normal cognitive function

Cranial nerves:

- Pupils: Rt 4 mm and Lt 4 mm full , RAPD-ve , EOM- Full, eye ground: sharp disc
- Corneal reflex +ve , normal muscle of mastication , jaw jerk +ve
- No facial weakness
- Normal gag reflex, uvular at midline position
- Normal sternocleidomastoid and trapezius muscle
- No tongue deviation, no atrophy

Motor functions:

- No muscle atrophy, no fasciculation
- Spastic muscle tone all extremities
- Motor power:

III/IV	III/IV
III/IV	III/IV

Somatosensory functions: intact pinprick sensation and proprioception



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศาสตร์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Cerebellar signs: F to N was intact

Reflexes: sphincter tone- normal, anal wink +ve, bulbocavernosus reflex: +ve

Frontal lobe signs: snouting sign +ve, palmomental sign +ve, glabellar sign +ve, grasping sign +ve

Stiffness of neck: negative

Laboratory investigations

- CBC: WBC 14,460/mm³ PMN 85.6% L 11% Hb 11.9 g/dL Hct 38% plt 231,000 /mm³
- BUN/Cr 11/0.7 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 3.4 mEq/L, Cl 106 mEq/L, HCO₃ 23 mEq/L
- TB/DB 1.27/0.59 mEq/L, AST/ALT 56/108 U/L, ALP 216 U/L
- CPK 17 U/L
- Chest X-ray



- MRI brain



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 2/2557

จัดโดยสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

เพื่อหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 พฤษภาคม 2557 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ณ ห้องประชุมวิจิตร วีรานุกต์ ตึกอักษณาศาสตร์ ชั้น 4 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

