



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 16 สิงหาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 810 A, B ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 21-year-old Thai female, known lupus, presenting with acute febrile illness and seizure”

ผู้นำเสนอ: นายแพทย์ปวัฒน์ พันแสน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา: อาจารย์นายแพทย์จกพัฒน์ วนิชานันท์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 21 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6

อาศัยบ้านจันทบุรี ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดปทุมธานี

ประวัติได้จากการดูแลและเวชระเบียน เชื่อถือได้

อาการสำคัญ ชี้นอน 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

Underlying disease: lupus nephritis class IV สถานะปัจจุบันคือ ESRD on chronic hemodialysis

6 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอแห้ง ๆ มีไข้ต่ำ ปวดศีรษะเล็กน้อย ปวดตื้อ ๆ ที่ขมับ 2 ข้าง ร้าวไปกระบอกตา ไม่มีน้ำมูก ไม่มีตาแดง ไม่ได้กินยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการ ผู้ป่วยยังสามารถไปทำ hemodialysis ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านตามนัดได้ปกติ จากนั้นสามารถเดินทางไปจังหวัดชัยภูมิเพื่อไปร่วมงานศพของญาติ ระหว่างที่อยู่ที่จังหวัดชัยภูมิ ผู้ป่วยอาการพอ ๆ เดิม นอนพักผ่อนอยู่ในบ้านเป็นส่วนใหญ่

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้สูงขึ้น ไม่หนาวสั่น ช่วงที่มีไข้สูงจะปวดศีรษะมากขึ้น ลักษณะการปวดเหมือนเดิม ไม่มีปวดจนต้องตื่นขึ้นกลางคืน ไม่ได้สังเกตว่าไอ จาม เบ่ง แล้วปวดมากขึ้นหรือไม่ ไม่มีปวดท้ายทอย ไม่มีตามัว มารดาสังเกตว่า ผู้ป่วยดูเพลียมากขึ้น แต่ถามตอบรู้เรื่อง อาการไอเป็นพอส ๆ เดิม มีอาการอาเจียน 3 ครั้ง และถ่ายเหลวเป็นน้ำ 5 ครั้ง ไม่มีมูกเลือด ไม่ปวดท้อง ไม่มีมองเห็นภาพซ้อน มารดาพาไปโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง Imp: sepsis Rx ceftazidime 2 g IV 1 dose ระหว่างอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการตาเหลืองไปทางขวาและมีมือขวากระตุก ระหว่างมีอาการ รู้ตัวรู้เรื่องตลอด อาการเป็นอยู่นานประมาณ 5 นาทีแล้วหายเอง นอนโรงพยาบาล 1 คืน อาการไม่ดีขึ้น จากนั้นมารดาจึงพาไปโรงพยาบาลจุฬาฯ ด้วยตัวเอง

ระหว่างเดินทางมาโรงพยาบาล มารดาสังเกตว่า ผู้ป่วยดูซึมลง แต่ยังถามตอบรู้เรื่อง



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 16 สิงหาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 810 A, B ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

ที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุกทั้งตัว 1 ครั้ง ตามองขึ้นบน อุจจาระราด เป็นนาน 1 นาที ได้ยา diazepam 10 mg IV แล้วหยุดชักเกร็ง จากนั้นอีกประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยมีอาการเกร็งทั้งตัวอีกครั้ง ได้ diazepam 10 mg IV แล้วหยุด จากนั้นผู้ป่วยซึม

ประวัติอดีต

1. SLE (LN class IV+V, AIHA)

Dx 10 years PTA presented with alopecia, photosensitivity rash, proteinuria 1+, ANA 1:1280

Kidney biopsy (Oct 2008): minimal mesangial lupus nephritis with early membranous lesion by IF

Rx prednisolone, mycophenolate mofetil, tacrolimus

3 years PTA developed progressive proteinuria, anemia

Kidney biopsy (Nov 2015): combined class IV + V lupus nephritis

PBS: autoagglutination, microspherocyte 2+

Dx active LN with AIHA

Rx monthly IVCY 800-1,000 mg (Dec 2015 – May 2016) then mycophenolate mofetil

2 months PTA developed progressive pitting edema, progressive proteinuria and raised Cr

Kidney biopsy: diffuse endocapillary/membranoproliferative, membranous and sclerosing GN with diffuse cellular crescents

Dx active lupus nephritis IV and renal TMA

Rx methyl prednisolone, mycophenolate mofetil, plasmapheresis without good clinical response

Started hemodialysis 2-3 times/week via triple lumen catheter at right internal jugular vein

2. Autoimmune thyroiditis

Rx levothyroxine

Current status: euthyroidism

3. HT

Current status: well-controlled



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 16 สิงหาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 810 A, B ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Current medications

1. Prednisolone	30	mg/day
2. Mycophenolate mofetil	1,500	mg/day
3. Amlodipine	10	mg/day
4. Furosemide	250	mg/day
5. CaCO ₃	3,000	mg/day with meal
6. Levothyroxine	100	mcg/day
7. Folic acid	5	mg/day
8. NaHCO ₃	5,400	mg/day
9. Ergocalciferol	60,000	units/week
10. Chelated Mg	4	tabs/day
11. Acyclovir (200)	1 × 3	tab วันจันทร์ พุธ ศุกร์
12. TMP/SMX (80/400)	1 × 1	tab วันจันทร์ พุธ ศุกร์
13. Omeprazole	20	mg/day

ประวัติครอบครัว

- บิดา มารดา พี่สาว และน้องสาว แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติอื่นๆ

- ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดทุกชนิด
- ปฏิเสธแพ้ยา แพ้อาหาร
- ฉีดวัคซีนช่วงเด็กครบตามกำหนด ไม่ได้ฉีดวัคซีนอื่น ๆ เพิ่มเติม
- เลี้ยงสุนัข 2 ตัว มีแมวแถวบ้าน 3-4 ตัว เป็นแมวไม่มีเจ้าของ แต่เข้าออกบริเวณบ้านผู้ป่วยได้ตลอด ทั้งสุนัขและแมวไม่ได้ฉีดวัคซีน ปฏิเสธการโดนกัดหรือข่วน
- ไม่เคยมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมาก่อน
- ปฏิเสธการเดินทางไปต่างประเทศอื่น ๆ นอกจากจังหวัดชัยภูมิ ปฏิเสธเดินป่าลุยน้ำ



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 16 สิงหาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 810 A, B ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Physical examination

V/S: BP 118/80 mmHg, PR 120/min, BT 40°C, RR 24/min

GA: A young Thai female, drowsy

Skin: no rash, no eschar

HEENT: mildly pale conjunctivae, anicteric, no conjunctival injection, no injected pharynx, no tonsil enlargement, no oral ulcer, normal thyroid gland, presence of triple lumen catheter at right internal jugular vein area, no discharge via exit site

RS: normal chest contour, normal chest expansion, tympanic on percussion, normal and equal breath sounds, no adventitious sounds

CVS: engorged neck vein, apical beat at 6th ICS & MCL, no heave, no thrill, distant heart sound, normal S1S2, no murmur, positive pericardial rubs, peripheral pulse: full & regular

Abd: no distension, normoactive bowel sounds, soft, no tenderness, no guarding, no rebound tenderness, liver and spleen not palpable, liver span 8 cm, negative splenic dullness

MSK: pitting edema 1+ both legs, no deformity

LN: cervical, supraclavicular, axillary and inguinal lymph node not palpable

Neuro:

- Drowsy, spontaneous eye opening, slow responded to pain stimuli, orientation cannot be evaluated
- Pupils 3 mm slowly react to light both eyes, eyes deviation to right, positive horizontal nystagmus, absent corneal reflex, no facial weakness, tongue and uvula in midline
- No muscle atrophy, no fasciculation, hypotonia in all extremities, motor power grade 2-3 all extremities, rhythmic jerky movement at right upper and lower extremities distal > proximal
- Deep tendon reflex 1+ all, Babinski's sign plantar flexion, no clonus both
- No stiff neck
- Normal sphincter tone, normal anal wink
- Frontal lobe signs: negative



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 16 สิงหาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 810 A, B ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

Investigations

CBC: Hb 7.9 g/dL, Hct 23.9%, MCV 82.6 fL, MCH 27.2 pg, MCHC 32.9 g/dL, RDW 16.0%, WBC 6,650 cells/ μ L, N 63.7%, L 26.4%, M 9.8%, E 0%, B 0.1%, Platelets 134,000/ μ L

(Baseline 1 mo PTA: Hb 7.2 g/dL, Hct 22.1%, MVC 81.6 fL, RDW 16.1%, WBC 3,270/ μ L, N 74.0%, L 22.0%, M 4.0%, E 0%, B 0%, Platelets 126,000/ μ L)

BUN 67 mg/dL, Cr 11.12 mg/dL, Na 135 mmol/L, K 3.8 mmol/L, Cl 101 mmol/L, HCO_3^- 14 mmo/L, Ca 7.0 mg/dL, PO_4 6.0 mg/dL, Mg 0.65 mmol/L

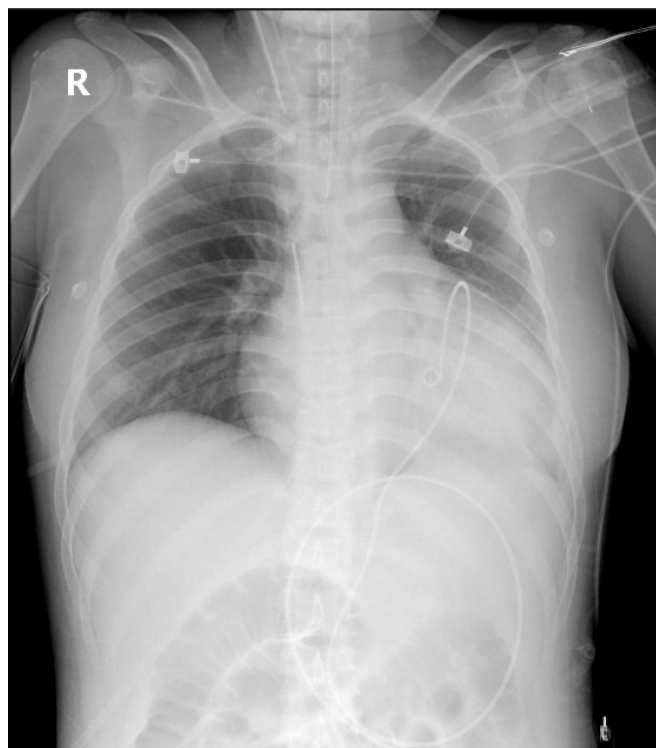
LFT: Alb 2.9 g/dL, Glob 2.6 g/dL, TB 0.37 mg/dL, DB 0.12 mg/dL, SGOT 15 U/L, SGPT 10 U/L, ALP 33 U/L
PT 12.1 sec. (normal 11.3 sec.) INR 1.08, APTT 28.9 sec., (normal 27.0 sec.)

Anti HIV: negative

UA: Sp.gr. 1.018, protein 4+, blood 1+, WBC 0-1 /HPF, RBC 0-1 /HPF

CT brain with contrast: Diffuse brain atrophy, no demonstrable other intracranial abnormality

CXR:





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2561

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 16 สิงหาคม 2561 เวลา 13.00-15.30 น.

ณ ห้องประชุม 810 A, B ชั้น 8 อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์และโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ถ.พระราม 6 เขตราชเทวี กรุงเทพฯ

SUMMARY

ผล investigation ที่สำคัญ

- MRI brain showed bilateral symmetrical high T2 lesions involving both thalami (most prominent in dorsal thalamus), white matter of the tegmentum of midbrain, both central tegmentum tracts in the superior cerebellar peduncles and dorsal medulla.
- Transthoracic echocardiography showed large pericardial effusion, LVEF 37%, global wall hypokinesia.
- Stool PCR for viral panel was positive for coxsackievirus A 16.

Clinical diagnosis: Viral rhombencephalitis with myopericarditis

Microbiological diagnosis: Enterovirus (coxsackievirus) encephalitis

Management

- IVIg 1 mg/kg intravenous for 1 dose

Progress

The patient developed status epilepticus which was successfully controlled with phenytoin and levetiracetam. After supportive treatment and IVIG, she was able to open her eyes spontaneously but did not follow to verbal commands. The patient remained ventilator dependent due to respiratory failure despite all treatments provided and finally tracheostomy was required. Left ventricular function has been stable without evidence of recurrent pericardial effusion on the repeat echocardiogram at 2 weeks after admission.