



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

Case 1: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

“A 29-year-old, post-KT man presented with fever and non-productive cough for 7 days”

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิงทักษอร อังศุธรารักษ์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่ปรึกษา: อาจารย์แพทย์หญิงวลัยพร วังจินดา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Patient Profile: ผู้ป่วยชายไทยโสด อายุ 29 ปี อาชีพ ขายข้าวแกง ภูมิลำเนา สมุทรปราการ

Chief complaint: ไข้ ไอ 7 วัน

Present Illness:

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น End-stage-renal disease จาก Reflux nephropathy เมื่อ 19 ปีก่อน หลังจากวินิจฉัยได้รับการฟอกไตทางสาย permanent catheter เป็นระยะเวลา 2 ปี ระหว่างนั้นมีปัญหา uncontrolled hypertension และ hypertensive encephalopathy จึงได้รับการผ่าตัด bilateral nephrectomy with left adrenal vein ligation และได้ทำผ่าตัด cadaveric kidney transplant เมื่อ 13 ปีก่อน (21 พฤษภาคม 2549) โดย donor เป็นผู้ชายอายุ 16 ปี motorcycle accident HLA mismatch: A1 B2 DR2, PRA 0% class I and II ผลเลือดผู้ป่วยและ donor ก่อนผ่าตัดเป็นดังแสดง

Lab profile	Recipient	Donor
Blood group	AB Rh positive	AB Rh positive
Anti-HIV	Negative	Negative
HBsAg	Negative	Negative
HBsAb	Positive	Positive
Anti-HCV	Negative	Positive (HCV RNA negative)
TPHA	Non-reactive	Non-reactive
CMV IgG	Negative	Positive
EBV IgG	Positive	N/A



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

ได้รับ induction ด้วย basiliximab, mycophenolic acid, methylprednisolone หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหา Infected perinephric collection ผล pus culture - *Klebsiella pneumoniae* ESBL positive หลังได้ IV meropenem 14 วัน ผู้ป่วยไม่มีไข้ ปัสสาวะออกดี creatinine ก่อน discharge 1.5 mg/dL ได้ยากดภูมิ คือ prednisolone 20 mg/day, mycophenolate mofetil 1,000 mg/day, cyclosporine 350 mg/day ได้ prophylaxis ด้วย ganciclovir เป็นเวลา 3 เดือน fluconazole และ cotrimoxazole เป็นเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการคงที่ สามารถลดยากดภูมิได้ และได้เปลี่ยน mycophenolate mofetil เป็น azathioprine ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2549

หลังจากนั้น ผู้ป่วยมีปัญหา graft rejection หลายครั้ง ดังนี้

กุมภาพันธ์ 2553 ตรวจพบ creatinine จาก 1.5 เป็น 1.9 mg/dL ทำ kidney biopsy ผลเป็น combined humeral and cellular rejection ได้รับการรักษาด้วย therapeutic plasma exchange, IVIg, pulse methylprednisolone หลังจากนั้นปรับเพิ่ม prednisolone เป็น 60 mg/day และเปลี่ยนจาก cyclosporine, azathioprine เป็น tacrolimus 8 mg/day, mycophenolic acid 720 mg/day ตรวจติดตามต่อมาค่า creatinine คงที่ประมาณ 1.5 mg/dL และสามารถปรับลดยากดภูมิได้

มีนาคม 2557 ทำ kidney biopsy เพื่อประเมินเรื่อง acute antibody mediated rejection (ABMR) ผลเป็น chronic active ABMR ได้รับการรักษาด้วย therapeutic plasma exchange, IVIg, rituximab และ bortezomib หลังจากนั้นให้ยากดภูมิด้วย prednisolone 5 mg/day, tacrolimus 2.5 mg/day และ mycophenolic acid 1,440 mg/day

มิถุนายน 2557 ทำ kidney biopsy เพื่อประเมินหลังการรักษา ผลเป็น chronic active ABMR ให้การรักษาด้วย therapeutic plasma exchange, IVIg, rituximab และ bortezomib หลังจากนั้นให้ยากดภูมิด้วย prednisolone 5 mg/day, tacrolimus 3 mg/day และ mycophenolic acid 1,440 mg/day ค่า creatinine คงที่ สามารถปรับลดยากดภูมิได้

สิงหาคม 2560 ตรวจพบมี creatinine สูงขึ้น จาก 1.8 เป็น 2.4 mg/dL จึงได้ทำ kidney biopsy ผลเป็น chronic active ABMR จึงให้การรักษาด้วย therapeutic plasma exchange, IVIg, rituximab และ bortezomib หลังจากนั้นให้ยากดภูมิด้วย prednisolone 5 mg/day, tacrolimus 4 mg/day และ mycophenolic acid 1,080 mg/day หลังจากนั้น creatinine คงที่ที่ประมาณ 2.2-2.4 mg/dL

กุมภาพันธ์ 2562 ผู้ป่วยมีปัญหา creatinine สูงขึ้นเป็น 5.2 mg/dL ทาง nephrologist คิดถึง impending allograft failure จึงปรับยากดภูมิเป็น tacrolimus 4 mg/day, mycophenolic acid 720 mg/day และวางแผนผ่าตัดปลูกถ่ายไตอีกครั้ง

7 วันก่อน (1 มิถุนายน 2562) ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ต่ำๆ ไม่หนาวสั่น เป็นตลอดทั้งวัน ไม่ได้วัดไข้ กินยา paracetamol วันละประมาณ 3-4 เม็ด ไอแห้งเล็กน้อย ไม่มีเสมหะ ไม่มีน้ำมูก ไม่เจ็บคอ

5 วันก่อน ผู้ป่วยยังมีไข้ออยู่ อาการไอแห้งๆเป็นมากขึ้น มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง ทำงานไม่ไหว มาตรวจที่โรงพยาบาลศิริราชและได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในครั้งนี้

ผู้ป่วยไม่มีประวัติไข้ ไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด หรือน้ำหนักลดก่อนหน้านี้ เติมน้ำหนักคงที่ประมาณ 52-53 กิโลกรัม ไม่บวม นอนราบได้ ปัสสาวะปริมาณปกติเท่าๆเดิม

ไม่ได้เดินทางต่างจังหวัดในช่วง 1 เดือนมานี้



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

Past and personal history:

2 ปีก่อน ตรวจพบ abnormal liver function tests ตรวจเพิ่มเติมพบ HEV RNA positive ใน serum และ stool จึงให้การวินิจฉัยเป็น chronic viral hepatitis E และให้การรักษาด้วย ribavirin เป็นเวลา 6 เดือน ผล liver function tests หลังรักษาอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ไม่เคยมีปัญหาติดเชื้อฉวยโอกาสมาก่อน

ไม่เคยฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ประจำปี

ไม่มีคนใกล้ชิด หรือคนในครอบครัวเป็นไขหวัดใหญ่ และวัณโรค

ไม่เลี้ยงสัตว์

ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และไม่ใช้ยาเสพติด

ไม่ใช้ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริม

ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา piperacillin/tazobactam, imipenem, meropenem มีอาการผื่น maculopapular rash

Current medications:

- Prednisolone 5 mg/day
- Mycophenolic acid 720 mg/day
- Tacrolimus 4 mg/day
- Diltiazem 120 mg/day
- NaHCO₃ 2,700 mg/day
- CaCO₃ 1,000 mg/day
- Folic acid 5 mg/day
- Vitamin D2 20,000 unit twice a week
- Epoetin alfa 2,000 unit sc q 2 week

Physical Examination

Vital signs: BP 151/94 mmHg, HR 124/min (regular), T 38°C, RR 18/min, SpO₂ 98% (room air)

Height 168 cm, weight 49.5 kg, BMI 17.54 kg/m²

General appearance: A young male, hyposthenic built, alert and co-operative, pallor, no jaundice, no edema, no signs of chronic liver disease

HEENT: pharynx not injected, tonsils not enlarged, no dental caries, no oral ulcer, no oral thrush, no tenderness at sinuses



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

CVS: normal S1S2, no murmur

RS: no accessory muscle use, trachea in midline, normal chest expansion, normal and equal breath sound, no adventitious sounds

Abdomen: soft, not tender, no distention, normoactive bowel sounds, palpable transplanted kidney at right lower quadrant of abdomen without tenderness, liver and spleen not palpable, liver span 8 cm, no increased splenic dullness, fluid thrill and shifting dullness negative

Extremities: no joint swelling, no signs of arthritis

Lymphatic system: no palpable superficial lymphadenopathy

Skin: no petechiae, no rash, no ecchymosis, no umbilicated papules

Nervous system: E4V5M6, oriented to time, place and person, pupils 3 mm BRTL, full EOM, no facial palsy, motor grade V all extremities

Laboratory investigations

CBC: Hb 7.8 g/dL, Hct 23.5%, MCV 87.2 fL, WBC 11,900 cells/mm³ (N 94.1%, L 1.8%, Mo 3.9%, E 0.2%), Plt 304,000 cells/mm³

Blood chemistry: BUN 96.6 mg/dL, Cr 9.73 mg/dL, Na 130 mmol/L, K 6 mmol/L, Cl 89 mmol/L, HCO₃ 21 mmol/L

Urinalysis: pH 5.5, Sp.Gr. 1.007, protein 1+, sugar 1+, WBC 0-1/HPF, RBC 0-1/HPF, bact few, cast neg

LFTs: Total protein 6.6 g/dL, Alb 3.7 g/dL, Glob 2.9 g/dL, TB < 0.146 mg/dL, DB < 0.09 mg/dL, SGOT 18 U/L, SGPT 29 U/L, ALP 49 U/L



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

CXR as figure:





การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

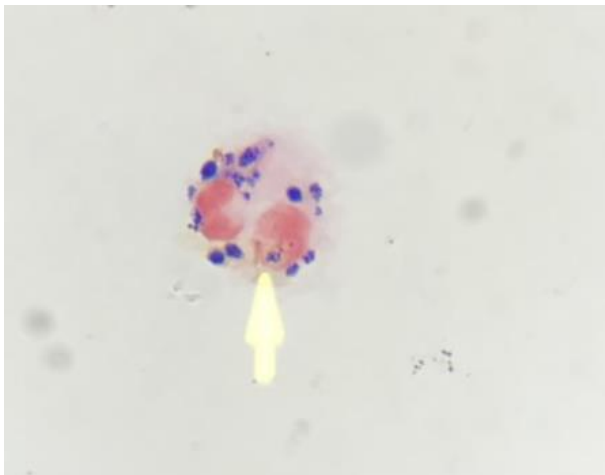
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

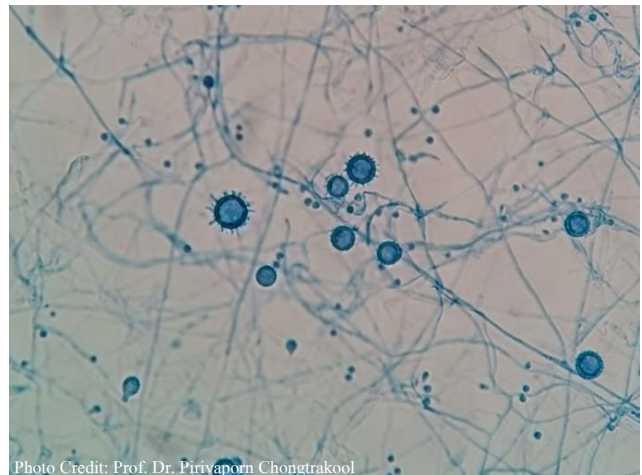
ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

Summary

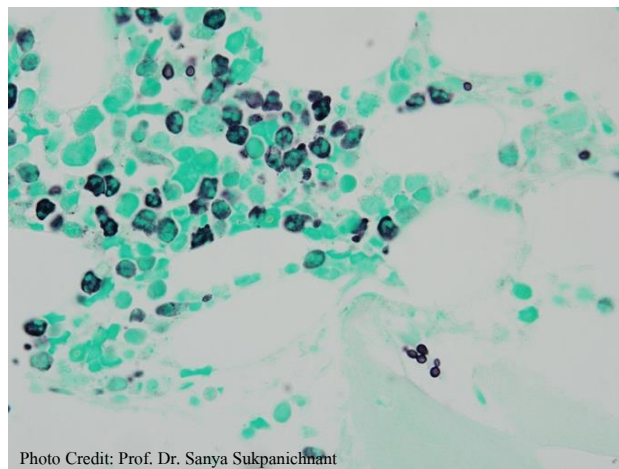
Investigation



BAL Gram stain: small intracellular yeast cells



Lactophenol cotton blue stained colonies:
Tuberculate macroconidia and microconidia



Bone marrow biopsy GMS: Small budding yeast cells (size: smaller than *Candida* species)

Clinical Diagnosis Disseminated histoplasmosis

Microbiological Diagnosis Histoplasmosis

Management Liposomal amphotericin B 150 mg/day × 1 week then itraconazole 400 mg/day

Clinical course

- ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังจากได้ antifungal drug และสามารถ discharge ได้ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้การรักษาต่อด้วยยา itraconazole 400 mg/day
- เรื่อง graft function ทาง nephrologist ประเมินพบว่ามี allograft failure จึง off immunosuppressive drugs และวางแผนเรื่อง kidney transplant อีกครั้ง