



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

Case 2: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“A 36-year-old Thai female with AIDS presented with chronic non-productive cough and fever with weight loss for 3 months”

ผู้นำเสนอ: แพทย์หญิงพิมพ์กมล เกียรติสุนนท์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์กำพล สุวรรณพิมลกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 36 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาชีพแม่บ้าน

ภูมิลำเนาและที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดสมุทรปราการ

ประวัติได้จากผู้ป่วยและเวชระเบียน เชื่อถือได้

อาการสำคัญ เหนื่อยมากขึ้น 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติปัจจุบัน

Underlying disease: AIDS with poor compliance

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอแห้งๆ ไอทุกวัน ไอกลางคืนมากกว่ากลางวัน บางครั้งไอเป็นเลือด ติดกระดากพิษหูรูด ร่วมกับมีไข้ต่ำๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โดยน้ำหนักลดลงต่อเนื่อง ประมาณ 20 กิโลกรัมใน 1 ปี ไม่ได้ไปรักษาที่ไหนเนื่องจากติดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยยังมีไข้ ไอแห้งๆ ร่วมกับเจ็บแน่นหน้าอกด้านขวาเวลาไอ เริ่มมีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้เนื่องจากนอนราบแล้วจะเหนื่อยมากขึ้น ต้องนั่งหลับ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิมเนื่องจากเหนื่อยมากขึ้น ไม่ได้สังเกตว่ามีหน้าบวมหรือแขนขาบวม ปัสสาวะปกติ

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยไอและเหนื่อยมากขึ้น ยังมีไข้ จึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลจุฬาฯ ได้รับการวินิจฉัย Pulmonary tuberculosis smear negative (CXR: alveolar infiltration at RUL, Sputum AFB: negative × 2 days, Sputum PCR for MTBC: negative) และเริ่มการรักษาด้วย IRZE

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาตามนัด ยังมีไข้ ไอ และเหนื่อยเท่าๆ เดิม CXR: progression of alveolar infiltration at RUL



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

ประวัติอดีต

1. AIDS

- Dx 11 years PTA from ANC (Received AZT and NVP in labor)
- No history of opportunistic infection
- CD4+ 549 Cells/ μ L (Jun 2008)
- Start TDF/FTC/EFV for 3 months (2011) then lost to follow up due to financial problem

2. History of disseminated tuberculosis with PJP

- Dx 7 years PTA presented with prolonged fever with progressive dyspnea for 2 months
- Disseminated tuberculosis: miliary tuberculosis with hepatosplenic abscess with tuberculous meningitis
- Rx IRZE for 10 months, Co-Trimoxazole + Dexamethasone (Switch to prednisolone) for 21 days

3. Stromal keratitis

- Dx 5 years PTA presented with left eye pain (Aug 2014)
- Corneal tissue for viral multiplex: EBV+, HHV6+
- Rx Cefazolin, Gentamicin, Acyclovir
- Therapeutic penetrating keratoplasty (Jan 2015)
- Current status: low vision at left eye

Current medications

- Isoniazid(100) 3 \times 1 po hs
- Rifampicin(450) 1 \times 1 po hs
- Pyrazinamide(500) 2.5 \times 1 po hs
- Ethambutol(400) 2 \times 1 po hs
- B6(100) 0.5 \times 1 po hs

ประวัติครอบครัว

บิดา มารดา และลูกแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

ประวัติอื่น ๆ

- ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดทุกชนิด
- ปฏิเสธการใช้ยาเสพติด ยาหม้อ หรือยาสมุนไพรทุกชนิด
- ปฏิเสธแพ้ยาแพ้อาหาร
- ปฏิเสธเดินป่าลุยน้ำ
- ปฏิเสธการใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค

Physical examination

Vital signs: BP 128/85 mmHg, HR 142/min, BT 42°C, RR 26/min, SpO₂ (At room air) 98%, BW 45 kg, HT 150 cm

General appearance: A young female, cachexia

Skin: no rash, no petechiae, positive PPE

HEENT: moderately pale conjunctivae, anicteric sclerae, no conjunctival injection, whitish plaque at left cornea, no injected pharynx, no tonsil enlargement, no oral ulcer, positive oral thrush, positive oral hairy leukoplakia, normal thyroid gland

RS: swelling at right side of neck, superficial vein dilatation at chest wall, trachea in midline, equal lung expansion, no stridor, dullness on percussion at RUL, decreased breath sound at RUL, coarse crepitation at RUL, increased vocal resonance at RUL, positive egophony at RUL

CVS: full and regular peripheral pulse, no engorged neck vein, apical beat at 5th left ICS & MCL, no heave, no thrills, normal S1S2, no murmur

Abdomen: no distension, normoactive bowel sounds, soft, no tenderness, no guarding, no rebound tenderness, liver and spleen were impalpable, liver span 8 cm, negative splenic dullness

MSK: no pitting edema, no deformity

LN: palpable multiple bilateral cervical lymph nodes, subcentimeter in sizes bilaterally, palpable right axillary lymph node 8 cm in diameter with mild tenderness, palpable right inguinal lymph node 2 cm in diameter with mild tenderness



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

NS:

- alert, oriented to time/place/person
- pupils 3 mm react to light both eyes, visual acuity at left was finger count at 1 ft, full EOM, no facial weakness, tongue and uvula in midline
- motor power grade V all extremities
- deep tendon reflex 2+ all
- no neck stiffness
- absent clonus both sides
- Babinski's sign: plantar flexion both sides

Fundoscopic examination: no papilledema

Breast: no mass

PR: no melena

Investigations

CBC: Hb 5.4 g/dL, Hct 17.7%, MCV 84.6 fL, MCH 25.7 pg, MCHC 30.4 g/dL, RDW 16%, Plt 310,000/ μ L, WBC 9,910/ μ L, N 83%, L 8.2%, M 8.6%, E 0.1%, B 0.1%

Blood chemistry: BUN 9 mg/dL, Creatinine 0.43 mg/dL, Sodium 134 mmol/L, Potassium 4.2 mmol/L, Chloride 102 mmol/L, Carbon dioxide 20 mmol/L, Calcium 8 mg/dL, Phosphate 3.1 mg/dL, Magnesium 0.59 mmol/L

LFTs: Albumin 2.3 g/dL, Total bilirubin 0.5 mg/dL, Direct bilirubin 0.36 mg/dL, SGOT 40 U/L, SGPT 15 U/L, ALP 178 U/L

Coagulogram: PT 16.2 Sec, INR 1.47, APTT 28.4 Sec

UA: Sp.gr. 1.015, pH 6, Protein 1+, Glucose negative, Ketone negative, Blood 2+, Nitrite negative, WBC 0-1 Cells/HPF, RBC 2-3 Cells/HPF, Squamous epithelial cell 0-1 Cells/HPF



การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศาสาตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ

CXR:



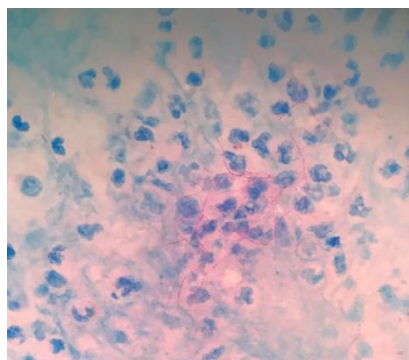
13 Jun 2018



6 Jul 2018

SUMMARY

❶ ผล investigations ที่สำคัญ



Sputum mAFB: Positive



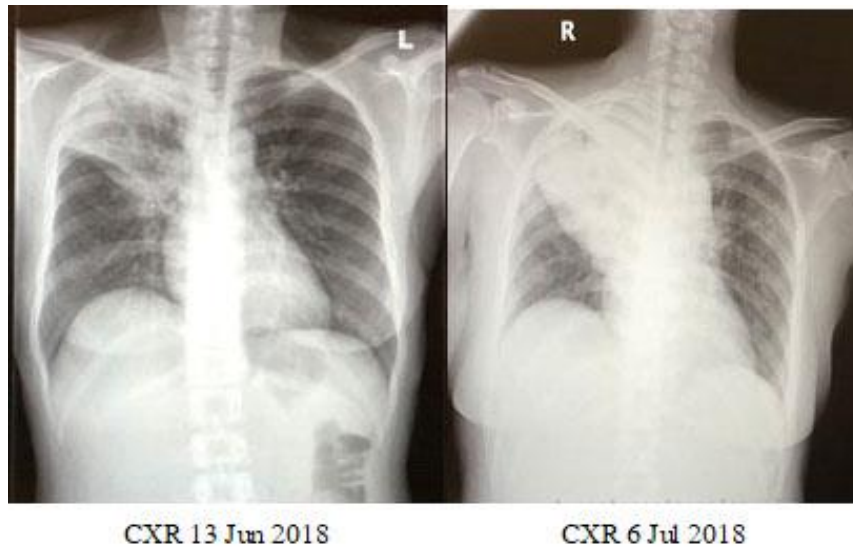
การประชุมอภิปรายผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ครั้งที่ 3/2562

จัดโดย สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย

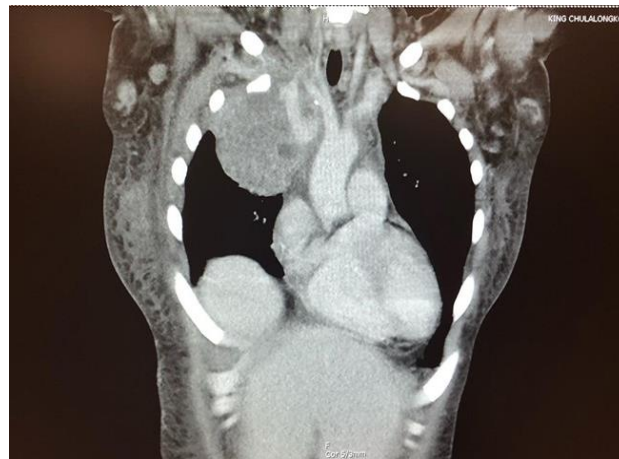
หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขายุทธศาสตร์โรคติดเชื้อ

วันพฤหัสบดีที่ 22 สิงหาคม 2562 เวลา 13.00-16.00 น.

ณ ห้องประชุม 1201 ชั้น 12 โซน B อาคารภูมิสิริมังคลานุสรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพฯ



Sputum culture: *Nocardia beijingensis*



CT chest with contrast:

- A $9.6 \times 9.8 \times 8.3$ cm heterogeneously enhancing mass in RUL in contiguous with necrotic mediastinal nodes
- Total atelectasis of the RUL
- Segmental near total obliteration of SVC, azygos vein and total obliteration of anterior segmental pulmonary artery
- Poor contrast opacification of proximal right subclavian vein is noted, possibly thrombosis.
- Multiple nodules scattering in both lungs



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

- Multifocal peribronchovascular consolidation/ground glass opacity in both lungs as described, probably infection/inflammation process
- Small right pleural effusion

Clinical diagnosis: Pulmonary nocardiosis with SVC obstruction

Microbiological diagnosis: *Nocardia beijingensis*

Sensitive to amikacin, trimethoprim-sulfamethoxazole, ceftriaxone

Resistant to clarithromycin, imipenem, ciprofloxacin, doxycycline

Management

- เริ่มแรกได้รับการรักษาด้วย trimethoprim-sulfamethoxazole IV 3 วัน เกิด generalized maculopapular rash จึงหยุดยาไปก่อน จากนั้น consult immunology for desensitization of trimethoprim-sulfamethoxazole ไม่มี MP rash อีก
- ได้รับการรักษาด้วย amikacin IV ร่วมกับ imipenem IV รวมระยะเวลา 14 วัน เมื่อทราบผล drug sensitivity จึงให้การรักษาด้วย ceftriaxone 2 g IV OD อีก 14 วัน
- Consult ophthalmologist ตรวจตาไม่พบ CMV retinitis
- เรื่องซีด consult hematologist ได้รับการวินิจฉัยเป็น IDA ร่วมกับ ACD

Progress

ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไข้ลดลง เหนื่อยลดลง หน้าและแขนขบวมลง ก้อนขบวมลงภายใน 3 วันหลังเริ่มการรักษา

hemoglobin และ hematocrit ก่อนออกจากโรงพยาบาลอยู่ที่ 9.7 mg/dL และ 30.7% ผู้ป่วยได้รับ trimethoprim-sulfamethoxazole (80/400) 4 × 2 PO PC ร่วมกับ FeSO₄ และ folic acid กลับบ้าน